7

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1906-1907

THÈSE

N° 10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 18 Janvier 1906, à 5 heures

par M. DUPIRE (Fernand)

Né le 26 Mai 1881, à ROSULT (Nord)

Contribution à l'étude des Angiomes fissuraux

Angiomes profonds du Cou

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'Enseignement médical

PRÉSIDENT DE LA THÈSE : M. DUBAR

SUFFRAGANTS : MM. CARLIER, GAUDIER, LAMBRET

SUPPLÉANT : M. LE FORT

LILLE
IMPRIMERIE G. DUBAR & Cie, 8, GRANDE-PLACE
— 1907 —

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30610680

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire
1906-1907

THÈSE

N° 10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 18 Janvier 1906, à 5 heures

par M. DUPIRE (Fernand)

Né le 26 Mai 1881, à ROSULT (Nord)

Contribution à l'étude des Angiomes fissuraux

Angiomes profonds du Cou

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'Enseignement médical

Président de la Thèse : M. DUBAR

Suffragants : MM. CARLIER, GAUDIER, LAMBRET

Suppléant : M. LE FORT

LILLE
Imprimerie G. DUBAR & Cie, 8, Grande-Place
— 1907 —

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen de la Faculté : M. COMBEMALE (I. ✿ M).

Clinique médicale :	MM. LEMOINE (I. ✿).	professeur.
	COMBEMALE (I. ✿, M).	id.
Clinique chirurgicale :	FOLET (✻, I. ✿),	id.
	DUBAR (✻, I. ✿).	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :	CHARMEIL (I. ✿),	id.
Clinique obstétricale :	GAULARD (I. ✿),	id.
Clinique ophtalmologique :	BAUDRY (✻, I. ✿, ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale :	SURMONT (I. ✿),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :	CARLIER (I. ✿),	id.
Anatomie pathologique et pathologie générale :	CURTIS (I. ✿),	id.
Hygiène et Bactériologie :	CALMETTE (O. ✻, I. ✿, ✠).	id.
Thérapeutique :	CARRIÈRE (A. ✿),	chargé du cours.
Médecine légale :	PATOIR (A. ✿),	id.
Physiologie :	WERTHEIMER (I. ✿),	professeur.
Anatomie :	DEBIERRE (✻, I. ✿).	id.
Histologie :	LAGUESSE (I. ✿),	id.
Chimie minérale et toxicologie :	LESCŒUR (I. ✿),	id.
Chimie organique :	LAMBLING (I. ✿),	id.
Physique médicale :	DOUMER (I. ✿),	id.
Matière médicale et Botanique :	FOCKEU (I. ✿, ✻, ✠),	id.
Pharmacie et pharmacologie :	GÉRARD (Ernest) (A. ✿),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :	VERDUN (A. ✿).	id.
Parasitologie :	Th. BARROIS (A. ✿, C. ✠),	id.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique médicale des maladies des enfants et syphilis infantile :	MM. DELÉARDE (A. ✿),	chargé du cours.
Clinique chirurgicale des enfants :	GAUDIER (A. ✿),	id.
Médecine opératoire :	LAMBRET (A. ✿),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :	OUI (A. ✿),	professeur adjoint.
Maladies du système nerveux :	INGELRANS,	chargé du cours.
Pathologie externe :	LE FORT,	chargé d'un cours
Médecine mentale.	RAVIART,	chargé du cours.

Doyens honoraires : MM. FOLET (✻, I. ✿) et DE LAPERSONNE (✻, I. ✿).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (✻, I. ✿). MORELLE (I. ✿).

Agrégés en exercice : MM. BÉDART (I. ✿, ✠), CARRIÈRE (A. ✿), DELÉARDE (A. ✿), GAUDIER (A. ✿), PATOIR, (A. ✿), LAMBRET (A. ✿), GÉRARD (Georges) (A. ✿), VALLÉE (A. ✿), INGELRANS, LE FORT, BUÉ (A. ✿).

Agrégé libre : M. THIBAUT (I. ✿, ✠).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 Février 1878).

A MON PÈRE

A MA MÈRE

(Témoignage d'affection et de piété filiale.)

A MES ONCLES

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur POTEL

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBAR

Membre correspondant de l'*Académie de Médecine*
et de la *Société de Chirurgie*
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Les angiomes, maladie vasculaire, comme l'indique leur nom, occupent en pathologie générale une place conventionnelle. Les anciens auteurs, réduits à des hypothèses sur leur véritable nature, et n'ayant en vue que leurs caractères cliniques, les avaient placés dans le groupe, si vaste alors, des tumeurs.

Mais, de nos jours le mot tumeur a pris, en anatomie pathologique, une acception tout autre et beaucoup plus restreinte que celle qu'il garde encore en clinique ; il est devenu synonyme de néoplasie. Or, les angiomes sont-ils des néoplasmes ? Plusieurs auteurs, Weber et Porta, entre autres, ont tenté pour eux cette démonstration. Elle ne fut jamais acceptée comme probante, mais seulement comme probable. Cependant, leur isolement relatif au sein des tissus, leur persistance et souvent leur accroissement les rapprochaient des tumeurs ; et, bien que ces caractères eux-mêmes ne soient pas constants, ils le sont assez pour légitimer leur assimilation et la désinence spéciale du nom que leur a imposé Virchow. L'usage a donc en partie triomphé, et c'est sous forme d'appendice au chapitre des néoplasies qu'on

trouve aujourd'hui leur description, sous le nom de « pseudoplasmes » (SCHUH) ou de « paraplasmes » (Pierre DELBET).

On peut définir les angiomes « des productions accidentelles, primitives, constituées principalement par la dilatation et la multiplicité des vaisseaux qui transmettent le sang des artères aux veines » (MAUCLAIRE).

Ces tumeurs, extrêmement communes, au moins dans leurs formes simples, ont été connues de tout temps. L'extériorité de la plupart d'entre elles en permet une observation facile : 80 pour cent des angiomes, en effet, occupent la peau, les muqueuses des orifices naturels et le tissu sous-muqueux.

Mais les angiomes plus profonds deviennent tout de suite fort rares. Il existe actuellement dans la science une trentaine d'observations d'angiomes musculaires. En 1889, HARTMANN avait pu réunir 9 cas d'angiomes de la parotide, quelques observations nouvelles sont venues s'ajouter depuis. On cite un cas d'angiome articulaire dû à L. TRIPIER ; en ce qui concerne les os, on cite toujours le cas du professeur VERNEUIL (scaphoïde), on peut y joindre une demi-douzaine d'autres. Les angiomes périostiques sont un peu moins rares. Les angiomes viscéraux sont encore moins communs ; ils ont été observés par ordre de fréquence dans le foie, le péritoine, la vessie, la rate, le rein, le tube digestif, le cerveau, le cervelet, l'utérus, etc., mais on ne cite de chacun d'eux qu'un nombre très restreint d'exemples.

Bien que ces néoplasmes puissent se développer dans n'importe quelle région du corps, leur distribution ne semble pas pour cela tout à fait livrée au hasard ; les

deux tiers des angiomes, en effet, occupent la tête et le cou.

VIRCHOW, le premier, insista sur cette prédilection des angiomes pour les régions plus haut nommées et rattacha ce phénomène à des causes embryologiques, le terme « d'angiomes fissuraux » dont il se servit pour les désigner étant destiné à rappeler leur origine congénitale et un facteur important de leur apparition, à savoir la présence des fentes et des arcs branchiaux au moment de leur formation.

Dans l'esprit de VIRCHOW, le champ des angiomes fissuraux est très étendu, « car non seulement il embrasse une grande surface, mais il s'étend beaucoup aussi en profondeur, les muqueuses voisines participent souvent à la maladie, et il ajoute que, pour lui, « maints angiomes profonds du cou, qui ne gagnent pas du tout la surface, ne sont autres que des angiomes fissuraux ».

Ces angiomes profonds du cou, dont VIRCHOW cite plusieurs exemples dans son traité, sont encore mal connus.

On les trouve cependant mêlés directement ou indirectement à la plupart des publications parues sur la pathologie chirurgicale du cou dans ces dernières années, et si une grande obscurité règne encore à leur sujet, cela tient à leur rareté d'abord, ensuite aux transformations multiples qu'ils subissent au cours de leur évolution, avant d'être accessibles à l'exploration clinique.

De ce fait, leurs symptômes sont souvent masqués et la confusion en est rendue possible avec d'autres tumeurs sanguines disparates qui prennent naissance dans la même région.

Malgré les difficultés que présente leur étude, ces angiomes n'en méritent pas moins de prendre place à côté des tumeurs lymphatiques mieux connues, et dont le cou est si souvent le siège. Beaucoup de points sont communs aux uns et aux autres, notamment l'origine congénitale, l'évolution et la symptomatologie parfois très voisines.

Tout récemment, M. le docteur Potel eut la bonne fortune d'observer, d'opérer et de suivre jusqu'à guérison complète un malade atteint d'angiome caverneux profond du cou. L'observation de ce malade présentant plusieurs particularités intéressantes, l'auteur nous proposa de rechercher dans la science les cas semblables et de composer sur ce sujet notre thèse de doctorat.

Nous nous sommes mis à l'œuvre, et à l'aide des matériaux que nous avons pu réunir, nous avons tenté d'écrire l'histoire de cette variété d'angiomes, histoire bien incomplète, sans doute, mais que l'insuffisance de nos connaissances personnelles, jointe à la pénurie de publications parues sur ce sujet, ne nous a pas permis de mener à meilleure fin.

Il importe néanmoins, de bien définir ce que nous entendons faire. Angiome profond est un terme assez vague que nous avons choisi uniquement pour sa brièveté, ne voulant pas donner à notre thèse un titre d'une longueur démesurée. Nous éliminons de notre étude tous les angiomes qui ont leur siège dans la peau, naevi vasculaires, tâches érectiles, voire même les angiomes caverneux superficiels.

Nous ne nous occuperons pas davantage des angiomes parotidiens, non plus que de ceux du corps thyroïde. De même, laissant de côté les tumeurs érectiles

qui se peuvent rencontrer au niveau des couches profondes de la nuque, nous concentrerons spécialement notre attention sur les angiomes de la région antéro latérale du cou, de beaucoup les plus nombreux et les plus intéressants.

Nous avons suivi, pour exécuter ce travail, un plan très simple, étudiant en autant de chapitres distincts l'historique, l'anatomie pathologique, la pathogénie, les symptômes, le diagnostic et le traitement.

Avant de quitter la Faculté de Lille, nous sommes heureux d'adresser l'expression de notre respectueuse et profonde reconnaissance à tous ceux qui ont bien voulu nous guider dans nos études et nous ont permis de mettre à profit leur savoir et leur expérience.

A tous nos maîtres nous disons un merci sincère.

Notre reconnaissance est acquise à M. le docteur Potel qui, après avoir été l'inspirateur de notre thèse, a bien voulu nous aider de ses conseils pour la rédaction de ce travail.

M. le docteur Gellé a bien voulu mettre à notre disposition sa connaissance approfondie de l'histologie pathologique pour examiner nos coupes, nous l'en remerçions de tout cœur

Que M. le professeur-doyen Combemale nous permette de lui adresser l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il nous a témoignée en plusieurs circonstances.

Que M. le professeur Dubar, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous permette de lui adresser nos respectueux remerciements.

HISTORIQUE

L'observation la plus ancienne d'angiome profond du cou que nous ayons trouvée est due à WARDROP ; l'auteur donne la description d'une tumeur congénitale située au niveau de l'insertion supérieure du trapèze et du sterno-mastoïdien, dont la structure ressemblait à celle de la paroi interne du cœur et qui se trouvait en connexion avec de grosses veines. La nature de cette tumeur ne fut pas reconnue (*Médec. chirurg. transact.* 1818).

En 1829, ANDRAL, dans son précis d'anatomie pathologique décrit une tumeur de ce genre qui était dans la plus intime dépendance de la veine jugulaire, il méconnaît aussi la nature de ce néoplasme, qu'il range dans sa cinquième espèce de « phlébectasie ».

MACILWAIN, en 1853, étudie dans le *Médic. Chirurgic. transact*, une tumeur caverneuse qui avait envahi tout un côté du cou. Il croit à un fungus hématode. La même année, DOLBEAU trouve à l'autopsie d'un malade atteint de grenouillette sanguine, une tumeur caverneuse du cou en communication avec la grenouillette et avec la jugulaire.

En 1854, Roux parle dans son traité d'une tumeur érectile de la région latérale du cou, communiquant avec la jugulaire par un infinité de petits trous : il en fait une rate accidentelle.

Après lui, Nusbaum (cité par Virchow), rapporte l'histoire d'un malade qui portait, au-dessus de la clavicule, une tumeur érectile profonde, durcissant pendant l'effort, mais disparaissant en partie sous l'influence du repos.

En 1860, Gascoyen signale un cas de tumeur caverneuse qui, de la région parotidienne, a peu à peu gagné le cou et a provoqué la mort par suffocation.

En 1873, Luigi Monti, *in Bullelino delle scienze mediche*, publie l'observation d'une tumeur érectile du cou, volumineuse, pseudo-kystique, guérie par inflammation. Cette même année, Volkman, à l'autopsie d'un malade chez lequel il avait reconnu un kyste sanguin du cou, trouve un angiome hématocystique en relation avec la jugulaire.

En 1874, Virchow, réunissant toutes les observations précédentes, les discute, et par analogie avec quelques cas personnels, reconnaît la nature angiomateuse de ces productions.

Pour la première fois, en 1880, nous trouvons dans le journal *Wienn méd. press*, la relation d'une extirpation complète d'un angiome de la région sous maxillaire, suivie de guérison, par Hofmclk.

En 1882, Desprès décrit un angiome ganglionnaire du cou, dont le porteur, un garçon de 15 ans, succomba à des complications septiques. Cette observation fit, à la Société de Chirurgie, le sujet d'une discussion, au cours de laquelle Farabeuf a rapporté une observation nouvelle.

En 1884, Wolf, de Berlin, publie un nouveau cas de tumeur érectile veineuse profonde du cou, non suivie d'intervention.

La même année, Reclus, dans une clinique remarquable, attire particulièrement l'attention sur une variété d'angiome communiquant largement avec les grosses veines ; il en discute la pathogénie et rapporte deux observations, l'une personnelle, l'autre due à Castex.

En 1885, Lannelongue et Achard, dans leur *traité des kystes congénitaux*, attirent l'attention sur la confusion possible de certains angiomes du cou avec le lymphangiome ; ils rapportent un cas où l'erreur fut commise. Peu de temps après, Gluck pratiqua l'extirpation d'une volumineuse tumeur érectile profonde du cou, après ligature de la jugulaire.

En 1888, Kœnig, dans son traité de pathologie chirurgicale, rapporte un nouveau cas non suivi d'intervention.

La même année, nouvelle observation de Franke, angiome pseudo-kystique, extirpation, guérison.

Toujours en 1888, Israel enlève un vaste angiome prévertébral, après avoir sectionné le sympathique.

En 1890, Kirmisson présente à la Société de Chirurgie un enfant atteint d'angiomes multiples du cou.

En 1893, Gazel, dans sa thèse « sur le traitement des angiomes caverneux », rapporte un cas de guérison due à l'igniponcture.

Un an plus tard, en 1894, Secheyron intervient avec succès pour un angiome sous-cutané du cou, chez un nouveau-né.

La thèse de Constantinoff parue en 1897, contient une

observation de M. Forgue, relative à une tumeur érectile de la région carotidienne, dont l'extirpation présenta les plus grandes difficultés.

Un article de M. le médecin-major Vignal, paru dans le *Journal de Médecine* de Bordeaux, en 1900, rapporte un cas d'angiome caverneux avec kyste séreux dans un ganglion lymphatique précarotidien. L'observation est accompagnée d'un examen histologique très complet qui ne laisse aucun doute sur la véritable nature de la tumeur.

En 1903, nous trouvons dans les *Annals of surgery*, une nouvelle observation du docteur Eliot, accompagnée de détails sur l'intervention opératoire suivie de succès.

En 1905, Tuffier rapporte à la Société de Chirurgie un exemple d'angiome pulsatile de la région carotidienne, traité avec succès par l'injection de perchlorure de fer. combinée à la ligature de la carotide externe.

En 1906, M. le Dr Potel observe le cas dont nous rapportons l'observation inédite, accompagnée d'examen histologique ; c'est un cas d'angiome caverneux pseudo-kystique de la région carodienne.

ÉTIOLOGIE

Les tumeurs qui font le sujet de cette étude sont des angiomes. Il n'est donc pas étonnant que la congénitalité soit notée dans beaucoup d'observations.

Ce n'est pas à dire que la tumeur existe toujours, volumineuse dès la naissance ; mais, dès la naissance ou à une époque rapprochée de celle-ci, on peut constater l'apparition d'une petite grosseur dont le volume ne dépasse pas celui d'un noyau de cerise ou d'une petite lentille, ou encore d'une simple tâche vasculaire superficielle, indice du foyer profond. Grosseur ou tache, souvent peu apparentes, doivent bien des fois passer inaperçues des sujets atteints et de leur entourage, ou tout au moins être tenues pour quantités négligeables, car beaucoup de malades parvenus à l'adolescence, ne peuvent plus préciser le début de leur affection.

Exceptionnellement, et c'est là un trait intéressant dans l'histoire de ces pseudoplasmes, l'angiome peut rester latent pendant toute la croissance et ne se révéler que fort tard ; ainsi en fut-il dans l'observation remarquable due à M. le médecin major Vignal. Un

jeune soldat de 22 ans, avait vu sa tumeur apparaître quatre mois seulement auparavant.

Tantôt l'accroissement de volume, rendant la tumeur gênante, se fait de bonne heure : dans le cours du premier mois (observ. VI Secheyron), à 16 mois (observat. IX Franke), à 5 ans (observat. X Hofmolk) à 7 ans 1/2 (observ. XIII Lannelongue et Achard), à 11 ans (observat. XIX Kirmisson), tantôt le développement est plus tardif : 23 ans (observat. XX Wolf), 32 ans (observat. VII Gazel), 34 ans (observat. XVI Dolbeau), 57 ans (même observat. VIII Israël).

Mais l'adolescence, entre 10 et 25 ans, semble être l'âge de prédilection pour ce développement plus rapide : la marche régulièrement progressive est rare.

Le sexe semble avoir une influence ; sur 25 observations que nous connaissons, 5 n'en font pas mention ; des 20 autres, 15 portent sur le sexe masculin.

Cette prédominance du sexe masculin est en contradiction formelle avec ce que Porta, Boeckel, Zieglevicz nous apprennent dans leurs statistiques pour les angiomes en général, tous s'accordant à signaler la prédominance du sexe féminin.

A quoi tient cette différence? nous ne le savons. Le petit nombre d'observations dont nous disposons ne nous autorise guère d'ailleurs à tenter une explication ; nous ne pouvons toutefois nous empêcher de faire remarquer que parmi les facteurs mal connus qui président à l'accroissement plus ou moins rapide de ces néoplasmes, l'effort, par les modifications incessantes qu'il détermine dans le régime circulatoire de la région cervicale, semble tenir une place importante.

Nous rapportons un exemple où cette influence de l'effort fut des plus manifestes (observat. I personnelle.) Ainsi s'expliquerait en partie l'anomalie que nous venons de signaler.

La grossesse paraît avoir pu, dans quelques cas, accélérer la marche de ces tumeurs.

Les traumatismes survenus pendant la vie intra-utérine (chutes, manœuvres obstétricales) ou plus tard ne sont pas signalés à l'origine de l'angiome.

L'hérédité ne semble pas davantage pouvoir être invoquée.

L'influence des états pathologiques est tout aussi incertaine ; les sujets dont nous rapportons l'histoire clinique étaient généralement doués d'une bonne santé, exempts de tares nerveuses ou autres ; l'hémophilie n'est pas signalée, dans un cas seulement nous avons pu relever l'hérédo-syphilis.

Il ne nous a pas été possible de noter une seule concomittance tératologique, et comme la remarque en a déjà été faite, cela n'a rien qui doive étonner ; grand nombre de monstruosités sont dues à des arrêts de développement, processus exactement inverse de celui qui préside à l'apparition des angiomes, malformations par excès.

Tout au plus, trouvons-nous signalée quelquefois la coexistence de tâches ou tumeurs érectiles en d'autres régions du corps.

Le siège de ces tumeurs ne semble pas livré au hasard ; la partie supérieure du cou est celui d'élection et l'affection porte le plus souvent sur le côté gauche, remarque déjà faite par Dolbeau, à propos de la grenouillette sanguine, qui n'est le plus souvent qu'un angiome profond du plancher buccal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement le siège de la tumeur. Les caractères macroscopiques et microscopiques. Les rapports et lésions du voisinage. L'évolution. Les dégénérescences, les complications.

Siège. — Il n'est presque jamais possible de reconnaître avec précision, le siège qu'occupait l'angiome à son origine, cela tient à ce fait que les progrès de son évolution l'amènent souvent à envahir plusieurs plans et à contracter secondairement des rapports variables.

Quelques-unes de ces tumeurs paraissent bien s'être développées primitivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais pour la plupart, le siège est certainement beaucoup plus profond, sous aponévrotique et même quelquefois prévertébral.

La région du paquet vasculo-nerveux du cou, surtout à sa partie supérieure, est le lieu de prédilection, ainsi que le témoignent les rapports fréquents avec les gros vaisseaux (communications vasculaires, adhérences étendues, etc.). Dans cette région, il est parfois possible de préciser davantage le siège du néoplasme ; ainsi, dans les observations que nous avons pu recueillir, nous

trouvons signalée deux fois l'origine ganglionnaire. Le cas de M. Vignal est le plus net : on voyait un croissant de substance coiffant le pôle supérieure de la tumeur ; cette substance fut reconnue à l'examen pour être le reliquat d'un ganglion limphatique détruit par l'angiome. Il en était de même dans l'observation de Desprès.

Nous croyons, mais sans preuves certaines, que plusieurs de ces tumeurs prennent naissance dans les parois même de la jugulaire aux dépens des vasa-venarums, et nous donnerons plus loin les raisons qui nous font croire à cette origine.

La glande sous-maxillaire est quelquefois envahie primitivement par la dégénérescence angiomateuse. Enfin, on pourrait encore se demander si des germes embryonnaires primitivement superficiels, inclus dans les parties profondes au moment de la descente des arcs branchiaux, ne deviennent pas quelquefois le siège de la malformation vasculaire ; mais, c'est là une vue de l'esprit en faveur de laquelle nous n'apporterons aucun fait.

Aspect macroscopique. — Dans leurs formes typiques, ces tumeurs ne diffèrent pas des angiomes caverneux ; aussi, allons-nous rappeler brièvement leurs caractères anatomiques, pour étudier ensuite, leurs transformations, qui présentent plus d'intérêt pour nous.

La configuration extérieure et macroscopique de ces angiomes relèvent surtout de la clinique. Disons seulement que leur volume varie de celui d'une noix à celui d'un gros œuf de dinde et quelquefois même davantage, tout un côté du cou pouvant être envahi.

Examinées en place sur le vivant ou sur le cadavre,

ou bien extirpées, ces tumeurs révèlent deux aspects principaux suivant qu'elles sont pourvues ou non d'une capsule fibreuse. Dans le premier cas, la tumeur est généralement peu volumineuse, de forme assez régulière. La capsule est en connexion plus ou moins intime par sa face externe avec le tissu interstitiel de la partie ou de l'organe dans lequel s'est développé l'angiome, sa face interne envoie des trabécules et des cloisons qui entourent ou traversent les lacunes intérieures remplies de sang. Cette membrane d'enveloppe donne passage aux artères et aux veines qui mettent les lacs sanguins en communication avec les vaisseaux voisins ; aussi, quand on met à nu sa surface extérieure, la voit-on criblée d'ouvertures plus ou moins grandes. Nous reviendrons plus loin sur la structure histologique de cette capsule et sur sa signification.

Quand la tumeur n'est pas encapsulée, sa forme est irrégulière, son volume souvent considérable, les espaces sanguins, séparés les uns des autres par des intervalles toujours de plus en plus grands gagnent le tissu ambiant, leur extension en surface est toujours plus marquée qu'on ne le supposerait de prime abord, et il est difficile d'établir les limites de la néoplasie.

L'incision de ces tumeurs faite pendant la vie laisse écouler du sang, le plus souvent en abondance ; il en est de même sur le cadavre, mais le sang est alors mêlé de caillots noirs, mollasses, caillots post mortem.

Si l'on fait une coupe de ces tumeurs et qu'on la débarrasse du sang qui l'imprègne, on aperçoit alors une structure aréolaire rappelant parfois absolument l'aspect d'une éponge.

On y peut voir un grand nombre de lacunes ou

cavernes, de dimensions très diverses, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une noix et même d'une orange ; leur forme est arrondie ou légèrement anguleuse. Elles communiquent entre elles par des pertuis plus ou moins larges, quelquefois canaliculés. Leur paroi est le plus souvent lisse ; cependant Gluck (observat. XXII), a trouvé une fois de petites végétations à leur intérieur. Le sang que les lacunes contiennent pendant la vie est absolument liquide. Entre les cavernes courent une série de trainées ou trabécules plus ou moins épaisses, blanchâtres et de nature fibreuse ; l'aspect de toutes ces logettes rappelle quelquefois à s'y méprendre la face interne des oreillettes, comparaison que nous trouvons signalée à plusieurs reprises.

Aux points de rencontre des travées fibreuses, se trouvent de petites artères dont le diamètre réduit contraste singulièrement avec le tissu caverneux qui les entoure. Les veines sont parfois les plus larges et les plus nombreuses. Dans quelques cas même, l'exiguïté des artères a fait douter de leur existence ; Farabeuf cite un cas ou l'injection au suif pratiquée par les artères ne put remplir la tumeur. Cette finesse des artères dans quelque cas, comparée à la dilatation des voies veineuses, complète l'analogie de cette variété d'angiomes avec le tissu des corps caverneux.

Histologie. — Les alvéoles sont tapissées d'un endothélium pavimenteux, mais au niveau des grandes lacunes les cellules endothéliales peuvent manquer par places et même être tout à fait absentes, ainsi qu'on pouvait le remarquer sur nos coupes. Le sang qui remplit ces cavités contient moins de leucocytes qu'à l'état normal, particularité qui se rencontre dans tous les

angiomes. Les trabécules sont formés de fibres conjonctives mêlées de quelques fibres élastiques. Les cellules fixes sont rares ou aplaties. Autour de ces cavernes, on peut encore trouver des fibres musculaires lisses, leur présence, comme celle de valvules, semble indiquer une origine veineuse.

La capsule que nous avons signalée au début de cette description, lorsqu'elle existe, est formée de tissus conjonctif, mais ce tissu varie dans son épaisseur et sa composition suivant que la capsule est plus jeune ou plus ancienne. Dans les jeunes couches, on trouve de nombreuses cellules à noyaux, tantôt petites et rondes, tantôt fusiformes ; dans les couches plus anciennes, les cellules sont plus rares, la substance intermédiaire est plus dense et parcourue par des éléments élastiques plus ou moins nombreux.

Comme cette capsule manque régulièrement dans les tumeurs jeunes et qu'elle n'apparaît, selon Virchow qu'à une époque assez avancée de l'affection, elle n'est évidemment qu'une « production secondaire », qui limite la tumeur. Il ne faudrait pas croire, toutefois, qu'elle lui constitue une limite invariable. Dans les régions de cette capsule où le tissu conjonctif est jeune, formé de quelques fines fibrilles et d'une multitude de cellules rondes, on rencontre parfois des amas de capillaires nombreux, qui n'ont de paroi que ce stroma doublé de leur endothélium, et quelques-uns de ces vaisseaux sont déjà en voie d'ectasie.

Il paraît probable que ces endroits sont le siège d'une active néoformation vasculaire, par où la tumeur continue à s'accroître.

L'angiome n'est donc jamais limité, au sens propre

du mot, pour cette raison que la capsule, bien loin d'arrêter ses progrès, sert plutôt, par places, de matrice à un développement ultérieur. Toutefois, lorsqu'elle existe, que sa structure soit plus ou moins embryonnaire, elle constitue toujours à la périphérie de l'angiome une zone moins vasculaire, qui, au point de vue opératoire, offre l'avantage inappréciable de servir de plan de clivage, permettant l'excision de la tumeur sans qu'on soit obligé de traverser l'éponge vasculaire, comme aussi sans trop endommager les organes voisins.

A ce titre, la distinction entre l'angiome caverneux diffus et la forme encapsulée mérite d'être conservée.

Rapports et lésions de voisinage. — Les angiomes n'ont, en général, de rapport qu'avec les artères et les veines de dernier ordre. Mais, au cou, il est loin d'en être toujours ainsi. En ce qui concerne les rapports avec les artères, nous n'avons pu trouver d'exemple de tumeurs caverneuses s'abouchant directement dans une artère par une multitude de pertuis, disposition que Roux avait observée au niveau de l'artère tibiale postérieure et qu'il appelait « l'artério-criblure ». Mais, par contre, les rapports avec les gros troncs veineux sont plus communs ; d'ailleurs, les angiomes dont le tissu caverneux communique largement avec la lumière d'une grosse veine ss sont presque toujours développés au cou.

Blandin (1) a disséqué une tumeur érectile où l'on voyait la jugulaire externe se diviser en un grand nom-

(1) Cité par Follin, *Traité de patholog.* exter : 1878, pag. 208.

bre de rameaux semblables à ceux de l'artère splénique lorsqu'elle se distribue dans la rate. Roux et Andral rapportent sans trop de détails des exemples analogues. Dans le cas de Dolbeau, l'injection poussée dans la tumeur ressortait aussitôt par la jugulaire. Wolkmann décrit un angiome caverneux commnuniquant librement avec la veine jugulaire. Gluck de même.

Castex a disséqué un angiome très volumineux du cou qui paraissait être une annexe de la veine jugulaire interne. « Cette veine présentait en un point cinq orifices irréguliers mesurant en moyenne 3 ou 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux sans valvules s'ouvraient directement dans des vacuoles du volume d'un gros pois. Au-delà de ces vacuoles en existaient d'autres, qui devenaient de moins en moins grandes vers la périphérie. »

Chez le malade de M. Forgue, les relations du cavernome avec la jugulaire s'établissaient par de multiples anastomoses.

Mais l'exemple le plus connu est celui que rapporte M. Reclus : un angiome profond du cou s'anastomosait à plein canal avec la jugulaire interne : c'était une sorte « d'anévrysme angio-veineux. »

Les faits que nous venons de rapporter soulèvent deux questions intéressantes : l'une relative à la physiologie pathologique ; l'autre au mode de développement de cette variété d'angiomes.

Lorsqu'on vient à comprimer une de ces tumeurs, elle s'affaisse sous le doigt et s'évanouit, pour ainsi dire, à la moindre pression ; la voie d'écoulement est assez large pour qu'en quelques secondes le sang soit chassé dans la jugulaire.

Mais la tumeur se **remplit aussi vite qu'elle se vide** et reprend bientôt son volume habituel, qui est toujours considérable. D'où vient alors le liquide et quels vaisseaux l'amènent dans l'angiome ?

D'après l'opinion classique, les angiomes sont un lieu de passage ; le sang arrive par les artères et sort de la tumeur par les veines efférentes. Broca accepte cette idée sans discussion et Virchow la défend contre Rokitanski, Busch, Esmarch et Frérich.

« Il n'est pas, dit-il, jusqu'aux formes de tumeurs caverneuses, qui sont dans la plus intime dépendance des veines et que l'on a regardées comme se développant intimement dans la paroi veineuse, qui ne soient reconnues comme étant en communication avec des artères. Andral, qui a observé un de ces cas sur la veine jugulaire, admit que le sang, se faisant jour à travers les ouvertures de la paroi veineuse se répandait dans le tissu cellulaire ambiant et que c'était là le vrai caractère des tumeurs érectiles. Il commettait ainsi une erreur bien pardonnable.

« S'il y avait, en effet, la moindre probabilité que des poches sanguines se développent isolément à côté de l'ancienne lumière du vaisseau, cela s'appliquerait indubitablement à ce cas. L'extirpation pendant la vie de tumeurs semblables se fait, en général, avec le moins de perte de substance possible ; on ne remarque cependant alors rien qui démontre la participation des artères ; l'injection, au contraire, réussit lorsqu'elle est poussée par la veine et il semble même que le sang revient dans la veine par certaines ouvertures.

« C'est, précisément, sur un cas de ce genre, que j'ai reconnu, en en pratiquant l'extirpation sur le vivant,

qu'il suffit de prêter attention pendant l'opération pour voir, dans certains points, de petits jets artériels lancés par les vaisseaux pénétrant immédiatement dans la tumeur. Il suffit d'examiner ensuite ces points pour se convaincre avec évidence de la manière dont le sang artériel pénètre ainsi dans le tissu fongueux. Mais, ces artères sont tellement petites qu'on a la plus grande peine à les trouver après l'extirpation et l'hémostase, tandis que la connexion avec la veine est largement ouverte. La circulation de la tumeur est, par conséquent, tellement disposée que, de la périphérie, de petites artères amènent le sang dans de grands lacis veineux, d'où il revient ensuite dans le tronc veineux principal.

« J'ai la conviction que le même rapport existe dans toute la série des angiomes caverneux ; des artères amènent le sang dans les espaces du tissu spongieux, d'où il s'en retourne ensuite par les veines. »

Il se peut que l'assertion de Virchow soit en partie exacte, et qu'une minutieuse dissection permette de retrouver toujours quelques minuscules artères en rapport avec la tumeur veineuse, quoi que nous puissions lui objecter ce fait rapporté par Farabeuf, où l'injection au suif faite par les artères n'a pu pénétrer dans la tumeur ; en tout cas, dans les faits semblables à ceux que nous signalons, les vaisseaux rouges, s'ils existent, ne jouent qu'un rôle bien secondaire dans le régime circulatoire de l'angiome.

En effet, comme le dit Reclus, il ne faudrait pas de fins ramuscules à peine visibles et difficilement injectables, mais de grosses artères battant sous le doigt, pour remplir en quelques secondes une tumeur du volume du poing, et l'on aurait du soulèvement, on entendrait

des bruits de souffle, tous phénomènes qui font complètement défaut.

Il faut donc admettre que ces tumeurs caverneuses, à connexions étroites avec les gros troncs veineux, se vident dans ces troncs et peuvent s'y remplir. Elles forment une dépendance directe, un diverticule, une sorte de territoire surajouté sans communications appréciables avec les artères.

En tout cas, les changements brusques dans leur équilibre circulatoire n'ont rien à démêler avec le système à sang rouge. Elles sont au système veineux ce que les anévrysmes cirsoïdes sont au système artériel.

Nous avons déjà fait remarquer que cette variété d'angiomes s'est presque toujours présentée au cou. On peut, avec M. Reclus, se demander si cette prédilection ne s'explique pas par le régime auquel le phénomène de l'effort soumet la circulation veineuse de ce territoire. Le sang arrêté ou même refoulé acquiert une pression fort grande, il remonte le cours qu'il devait descendre et pénètre dans les vaisseaux courts, sans valvules, de la région cervicale. Les veines se dilatent et s'il existe, au voisinage, une tumeur érectile, les aréoles à parois peu résistantes augmenteront de volume et leur dilatation se fera, non comme le veut Virchow, par l'afflux du sang artériel, mais par le reflux du sang veineux.

Pour être séduisante, cette théorie ne va pas sans quelque objection. En effet, beaucoup d'angiomes caverneux du cou sont en rapport médiat ou immédiat avec la veine jugulaire, adhérent même à celle-ci sur une grande étendue, sans que leurs cavernes se mettent en communication large avec la lumière de ce vaisseau. Pourtant, dans les uns comme dans les autres, le régime

circulatoire est le même. Aussi, croyons-nous que tous ces angiomes communiquants se développent dans les parois même de la jugulaire aux dépens des vasa venarums, analogues, en cela, à ceux que l'on rencontre aux extrémités, sur le trajet des veines sous-cutanées et que, pour cette raison VIRCHOW nomma « phlébogènes ».

Il s'en faut, néanmoins, que les oscillations continuelles déterminées par l'effort dans la tension veineuse du cou soient sans répercussion sur la circulation des angiomes de cette région. Presque toutes ces tumeurs, en effet, revêtent le type « veineux », c'est-à-dire que le sang traverse lentement leur tissu lacunaire.

Mais revenons à nos angiomes phlébogènes. Lorsque l'on considère la marche de ces tumeurs, il est permis de se demander si, par les progrès de leur accroissement, elles ne peuvent pas arriver à confondre la veine dans leur réseau caverneux, pour constituer alors un kyste sanguin de nature particulière.

KOCH trouva un jour, à l'autopsie, un semblable kyste qui occupait le siège habituel de la veine sous-clavière, et il ne put trouver ailleurs trace de ce vaisseau. Comme la tumeur paraissait avoir débuté dans le tout jeune âge, l'auteur en rattacha la genèse à une malformation contemporaine de l'apparition des gros troncs vasculaires du cou et du thorax. Selon lui, il ne se forma point de veine sous-clavière, mais, à sa place, se creusèrent des espaces lacunaires remplis de sang, qui augmentèrent de volume au fur et à mesure de la croissance de l'enfant.

HUETER, en 1877, extirpa avec succès, chez un homme de 27 ans, un kyste de ce genre qui occupait la place de la jugulaire interne. Au cours de l'opération, ce chi-

rurgien put voir très distinctement, dans la partie inférieure de la plaie, la lumière béante de la veine, il entendit même le sifflement inspiratoire qui accompagna l'entrée de l'air dans ce vaisseau.

Voici la description qu'il donne de cette tumeur :

« La paroi de ce kyste sanguin ressemblait assez à la face interne du cœur, elle était recouverte de saillies longitudinales, composées pour la plupart de fibrine et de prolongements villeux, ramifiés, anastomosés les uns avec les autres. Au microscope, ces prolongements se montrèrent formés de tissu conjonctif, à fibres très fines avec quelques rares fibres élastiques, et renfermant un grand nombre de petits corpuscules brillants, colorés par le carmin. Quant à la paroi même du kyste, qui atteignait par endroits l'épaisseur de la paroi cardiaque, elle était constituée par ce même tissu conjonctif à corpuscules brillants ; mais les fibres élastiques y étaient plus abondantes, et on y voyait quelques cellules fusiformes. »

L'aspect macroscopique de cette tumeur rappelle assez celui d'un angiome caverneux pseudokystique, analogue à celui dont nous rapportons l'observation ; mais, il faut bien avouer que l'examen histologique laisse planer le plus grand doute sur la nature angiomateuse de ce néoplasme ; dans la paroi de ce kyste, en effet, n'existaient ni capillaires dilatés, ni lacunes ou cavernes.

Aussi, en présence du petit nombre de faits de ce genre connus (nous ne connaissons que ces deux cas et le deuxième seul est acompagné d'examen histologique), nous paraît-il prudent de ne rien conclure, quant à la nature de ces productions.

Nous avons passé en revue les rapports avec les vaisseaux, qui sont les plus importants, mais on conçoit qu'au cours de leur accroissement, ces tumeurs puissent entrer en connexion avec tous les organes de la région.

Les muscles peuvent être touchés par la néoplasie, mais le fait est très rare, nous n'en pouvons citer qu'un seul exemple contenu dans l'observation de Dolbeau : L'angiome, très développé, avait envahi l'épaisseur du « digastrique » qui semblait n'être plus qu'un amas de veines et de fibres musculaires ; à la coupe, cette grosse tumeur se montra formée d'innombrables vacuoles, séparées par des cloisons plus ou moins complètes.

Nous avons déjà cité deux cas de lésions ganglionnaires primitives, dans l'un (observ. III, Vignal) l'angiome avait presque entièrement détruit le ganglion, dont il ne restait plus qu'un mince croissant de substance blanche à l'un des pôles de la tumeur.

Dans le cas de Kirmisson, la glande sous-maxillaire intacte était comme englobée par un angiome caverneux.

Citons encore le cas d'Hofmolk où l'angiome et le périoste étaient intimement unis à la face externe du maxillaire inférieur. C'est le seul exemple de ce genre que nous connaissions.

La peau elle-même peut-être secondairement envahie, elle peut l'être aussi primitivement, un nævus superficiel coexistant avec la tumeur érectile profonde. Ces lésions cutanées nous intéressent peu, et nous en dirons autant de celles des muqueuses voisines.

Évolution. — La tendance générale de toutes ces tumeurs est de s'accroître indéfiniment. Les lésions

interstitielles s'accentuent, les cavernes s'agrandissent par la réunion de plusieurs en une seule, l'ectasie s'étend aux réseaux vasculaires voisins.

De plus, en certains endroits, la néoformation vasculaire continue son œuvre, les capillaires se dilatent, se rapprochent, se confondent, et ainsi se constituent de nouvelles cavernes.

Dégénérescences. — Quelquefois, à la suite d'inflammations, d'ulcérations trophiques ou accidentelles, les cicatrices qui en résultent entraînent la sclérose partielle ou totale de la tumeur ; les vaisseaux se rétractent, s'oblitèrent par places et l'angiome s'atrophie. Le même résultat peut être obtenu à la suite de l'angiectomie partielle, ainsi que nous le dirons plus loin. Telle est la dégénérescence fibreuse.

Nous n'avons pu trouver qu'un seul cas douteux de dégénérescence graisseuse ou d'angiolipome, nous n'avons pas cru utile d'en rapporter l'observation.

Kystes. — On rencontre, au sein des angiomes profonds du cou, des kystes sanguins ou des kystes séreux. Mais il ne faut considérer comme kystes que les poches absolument isolées de la circulation.

Il arrive souvent, en effet, que par la réunion d'un certain nombre de lacunes, se constitue, au centre de la tumeur, une poche volumineuse, plus ou moins tendue, qui peu à peu refoule tout le reste. Si l'on n'y regarde de près, les connexions de ces poches avec le système vasculaire ou les autres cavernes de l'angiome peuvent passer inaperçues du fait de leur étroitesse. Cependant, toutes les fois que le sang est intact à leur intérieur, il

faut bien admettre qu'il communique avec la circulation. Il s'agit donc, dans ces cas, de pseudo-kystes ; nous en rapportons un exemple remarquable, et tels sont aussi les faits de FRANKE, VOLKMAN, LUIGI, MONTI, KAZANOWSKY.

Les poches tout à fait isolées de la circulation sont plus rares, mais leur existence est incontestable. Le contenu en est variable, il peut être sanguin (avec globules plus ou moins altérés), séro-sanguin, ou tout à fait séreux D'où proviennet ces kystes ?

On admit pendant longtemps, avec HOLMES COOTES, que le kyste séreux n'est qu'un stade plus avancé du kyste sanguin, et que celui-ci se forme, grâce à l'étranglement d'un segment de vaisseau ectasié ou l'obturation d'une lacune caverneuse par des brides fibreuses Expérimentalement, VIRCHOW dit, en effet, avoir pu reproduire un kyste séreux sur la jugulaire d'un chien.

Mais les recherches de LANNELONGUE et ACHARD, sur les kystes congétinaux, ont permis à ces auteurs de formuler une nouvelle théorie. D'après eux, la plupart des soi disants angiomes kystiques ne sont que des lymphangiomes méconnus ; quelques-uns représenteraient des hémato-lymphangiomes, c'est-à-dire des kystes lymphatiques à extravasation sanguine accidentelle ; enfin, le plus petit nombre pourrait résulter de la combinaison d'un angiome vasculaire et lymphatique, comme le pensent DE LARABRIE et VARIOT (1).

Il est possible que la théorie de LANNELONGUE et ACHARD s'applique à la plupart des faits, mais la transformation kystique de l'angiome peut très bien s'opérer suivant

(1) *Journal de l'Anatomie*, 1880.

le mécanisme décritpar Holmes Cootes, et nous en rapportons un exemple incontestable. Sur la même tumeur, on trouvait des cavernes remplies de sang pur, d'autres de sang déjà altéré, enfin, des poches renfermant un liquide tout à fait sêreux, et l'on pouvait suivre sur les coupes cette transformation progressive.

« A côté des cavités bourrées de sang en nature, à côté des kystes séreux remplis d'une substance grenue, se colorant mal, sans la moindre trace de structure anatomiques, on aperçoit des alvéoles contenant simultanément des leucocytes agglomérés en amas, des globules rouges encore intacts et des granulations.

Cette substance granuleuse provient de la dégénérescence des hématies, car elle présente les mêmes affinités colorantes que l'hémoglobine. » (Obs. III Vignal.)

Aucun doute n'est donc possible sur la pathogénie de ces kystes.

Nous n'avons trouvé aucun fait de dégénérescence pigmentaire ou éléphantiasique, La constatation de parties indurées dans quelques cas permet de croire à l'existence de « phlébolithes », mais le contrôle anotomique manque.

Complications. — L'angiome peut devenir le siège d'inflammations diverses (Luigi Monti, Forgue), d'hémorragies externes ou interstitielles ; dans ce cas, c'est une lacune ou un capillaire qui, parvenu au terme de leur élasticité, se rompent spontanément ou accidentellement. On rencontrait par places ces hémorragies interstitielles dans la tumeur qui fait le sujet de notre observation.

Mais de toutes les complications, les plus importantes sont celles qui portent sur le système vasculaire. Au

sein de l'angiome ou dans son voisinage immédiat, les petits vaisseaux peuvent offrir des lésions semblables à celles des capillaires. Mais elles peuvent encore gagner les artères et les veines les plus grosses.

Du côté des artères, l'extension se fait en général à de grandes distances. Ces vaisseaux augmentent de volume, s'épaississent, s'allongent, se pelotonnent même comme les capillaires, et **l'anévrysme Cirsoïde** qui en résulte relègue bientôt l'angiome au second plan.

Dans le cas de Dolbeau (obs. XVI), on voyait l'artère faciale, flexueuse, se ramifier entre les lobes de la tumeur.

Mais, au lieu de ces varices artérielles, on rencontre parfois de simples dilatations : Eliot (obs. II) trouva la carotide primitive une fois et demie plus grosse qu'à l'état normal.

Du côté des veines, les mêmes phénomènes se passent, mais leur extension et leur gravité moindres les font négliger. Ces varices veineuses peuvent exister seules, sans varices artérielles. Chez le malade de Gazel (obs. VII), elles rayonnaient autour de l'angiome et avaient atteint un développement extrême, plusieurs même s'étaient rompues, donnant lieu à des hémorrhagies graves. Dans un cas cité par Mauclaire (1), l'angiome, situé à mi-hauteur du sterno mastoïdien, était entouré de grosses veines variqueuses.

Il faut rattacher la production de ces varices à une malformation, à une faiblesse congénitale des parois veineuses, analogue à celle qui porte sur les capillaires.

---

(1) Mauclaire et de Bovis, *Traité des angiomes*, 1896, p. 160.

Nous n'avons à signaler aucun fait de dégénérescence cancéreuse : (Epithéliome, Sarcome, Carcinome), déjà observées sur d'autres angiomes.

Récidives. — Les récidives de ces tumeurs sont rares, même après les extirpations partielles, nous ne pourrions guère citer qu'un seul exemple de ce genre (obs. Dr Eliot).

L'interprétation de ce phénomène est assez difficile. A voir, en effet, la marche rapidement envahissante de certains angiomes diffus, en considérant, d'autre part, dans certaines régions des coupes, l'état embryonnaire prononcé des néocapillaires, leur nombre et aussi la structure du tissu conjonctif envahi par une quantité si prodigieuse de cellules jeunes qu'elles simulent un sarcome, on arrive à se demander pourquoi des parcelles de ces tissus embryonnaires, échappées au bistouri, ne continuent pas plus souvent à s'accroître pour leur propre compte. Il y a dans la marche de ces tumeurs quelque chose qui nous échappe.

Il semble que la néoformation vasculaire (si toutefois elle existe) exige, pour se produire, l'irritation continuelle que l'angiome détermine autour de lui, par les troubles circulatoires et les variations de volume dont il est constamment le siège. Une fois enlevée la masse centrale, cause de tous ces désordres, le processus s'éteint de lui-même.

PATHOGÉNIE

Virchow, le premier, après qu'il eût attiré l'attention sur l'extrême fréquence des angiomes au niveau de la région cervicale, essaya de rattacher ce phénomène à des causes embryologiques. Il le fit de telle manière, qu'aujourd'hui même, il laisse peu de choses à redire sur ce sujet.

« Crisp, dit-il, qui a rassemblé toutes les sortes d'angiomes, donne un tableau statistique d'après lequel 77 % étaient situés à la tête et au cou. La plupart de tous les cas connus d'angiomes caverneux des parties externes appartiennent à cette région... Cette prédilection pour les endroits que nous avons désignés en premier lieu, me semble tenir à des causes embryologiques. On peut en partie la rapporter, ainsi que l'a fait Von Ammon, à la plus forte vascularisation de ces parties. Mais il est une autre circonstance que je regarde comme bien plus importante. En effet, quand on considère la structure de la tête à une époque peu avancée de la vie fœtale, au point de vue de l'échelle de fréquence des angiomes, on voit que les points les plus exposés sont ceux où existent d'abord des fentes, qui se ferment à une

époque ultérieure de la vie intra-utérine ; ce sont, notamment, les fentes branchiales, ainsi que la fente naso buccale, lacrymale, etc.

Beaucoup de difformités plus grossières se rattachent à ces rapports embryonnaires ; rien de plus simple, dès lors, que de rapporter au même point de départ beaucoup de modifications plus fines, plutôt histologiques, répondant aux prédispositions, surtout lorsque nous savons que le développement des vaisseaux dépend beaucoup de l'évolution de ces fentes.

Des états très légèrement irritatifs peuvent suffire à déterminer, sur les bords et au pourtour de ces fentes, qui sont très richement vascularisées, un développement vasculaire plus fort, qui peut apparaître sous la forme d'un naevus, mais qui peut rester aussi tout à fait latent et ne devenir apparent que plus tard. On rencontre rarement des influences aussi grossières que celles rapportées par Lee (Rob Lee. *Méd. Chir. Transact* 1839, vol. xii, p. 300), où il s'était formé, autour d'une adhérence de la partie antérieure de la tête, avec les enveloppes de l'œuf ,chez un fœtus de 7 mois, un naevus formé par des artères et des veines dilatées...

Le champ des angiomes fissuraux est très étendu. Car, non seulement il embrasse, comme cela a été dit, une grande surface, mais il s'étend aussi beaucoup en profondeur. Les muqueuses voisines participent souvent à la maladie... Mais les tissus graisseux et le tissu cellulaire sous-cutané, même les muscles, peuvent être atteints, et j'ajouterai que pour moi, maints angiomes profonds du cou, qui ne gagnent pas du tout la surface, ne sont autres que des angiomes fissuraux. »

A cet exposé magistral, on ne saurait beaucoup

ajouter. Nous développerons néanmoins certains points, afin de préciser davantage, si possible, la pathogénie des angiomes du cou.

On sait comment se forment les arcs branchiaux Disposés théoriquement sous forme de bourrelets parallèles, ils s'échelonnent de haut en bas, au nombre de quatre : premier arc (maxillaire), deuxième arc (hyoïdien). troisième arc, quatrième arc. A peine ébauchés, ils ne tardent pas à se modifier : ils se disposent en éventail, leurs extrémités postérieures restent rapprochées tandis que leur extrémité antérieure prend un développement prépondérant. Ces arcs se forment au fond d'un sinus, limité en haut par la saillie céphalique (futur crâne), en bas par la masse cardiaque (futur thorax) ; c'est le sinus précervical de His. La structure de ces arcs est simple : une masse mésodermique, recouverte en dehors par l'ectoderme, en dedans par l'entoderme.

Le cou va prendre naissance par le développement des arcs branchiaux, qui vont s'arcbouter entre les saillies, les écarter et créer ainsi le rétrécissement cervical. Sans entrer trop avant dans le détail du développement, ce qui serait déplacé ici, disons seulement que dans la constitution définitive du cou, l'importance des arcs branchiaux est bien inégale. Le premier, l'arc maxillaire, prend un grand développement et constitue la face ; le deuxième, l'arc hyoïdien, forme le cou. Quant aux arcs 3 et 4, ils s'atrophient ; leur tégument primitif n'entre pas dans la constitution des téguments définitifs du cou (1). Ce dernier point mérite d'être retenu, nous y reviendrons.

---

(1) Veau, Thèse de Paris.

Dès le début de leur formation, la circulation des arcs branchiaux est indépendante ; le développement des vaisseaux suit de près leur apparition et chaque arc est pourvu d'un tronc artériel. Cinq arcs aortiques existent, de chaque côté, chez l'embryon du 20e jour (3 millimèt. 1/2 (1). Ils partent d'un tronc aortique antérieur et aboutissent à l'aorte ascendante qui est double. Ces deux premières branches artérielles et les trois dernières naissent par un tronc commun. Mais à mesure que les fentes disparaissent et que les arcs se soudent, cette circulation se modifie. Si, d'après les descriptions de His, sur l'embryon de 20 jours (3 millim. ½), il y a un moment où les cinq arcs artériels aortiques sont visibles ; ce moment est de courte durée, puisque chez l'embryon de 4 millim. 25, on ne distingue plus d'artères dans le premier arc branchial.

Ainsi donc, à peine ce système artériel est-il complet, qu'il disparaît par atrophie de certains troncs et déplacement des troncs qui restent. Ce changement brusque dans l'irrigation des premiers arcs branchiaux mérite, à son tour, d'être noté.

Ajoutons encore que, au sein des régions fissuraires, les vaisseaux nombreux, à parois fragiles, plongent dans un stroma formé d'éléments embryonnaires à peine différenciés. Ces renseignements embryologiques vont nous servir, dans un instant, à éclairer certains points de la pathogénie.

La région embryonnaire qui succède aux arcs branchiaux est prédisposée aux malformations. Les modifications si nombreuses qu'elle subit dans les premiers

(1) Quénu, Thèse d'agrégation 1886, p. 16.

temps de la vie intra-utérine, laissent des traces que l'on retrouve dans la plupart des malformations de la tête et du cou. Les unes sont des malformations par arrêt, les autres des malformations par excès, et il semble bien que les angiomes doivent prendre place parmi celles-ci.

On sait en effet que le caractère congénital des angiomes permet de séparer ces productions des tumeurs vraies, et de les envisager plutôt comme une malformation locale, une déviation tératologique du type vasculaire normal. Cette opinion s'affermit davantage lorsqu'on songe aux faits peu nombreux, mais assez démonstratifs, dans lesquels des malformations diverses accompagnaient l'angiome (lymphangiome, molluscum, naevi pigmentaires, etc...)

Reste à savoir par quel mécanisme se produisent ces anomalies vasculaires, cette angiomatose. La solution de ce problême nous est fournie, en partie du moins, par l'étude des pseudo angiomes tardifs, des télangiectasies diverses qui apparaissent quelquefois chez l'adulte.

Au niveau d'une région traumatisée ou bien sur une cicatrice malade, les vaisseaux embryonnaires chargés du travail de réparation conservent ou exagèrent le type qui leur est propre : Les bourgeons vasculaires, loin de s'affaiser, de s'atrophier, persistent ou même s'accroissent. Les influences qui amènent ce résultat sont sans doute de natures diverses, Le défaut de résistance des parois, surchargées d'éléments embryonnaires, les troubles vasomoteurs, la stase sanguine, les irritations continuelles peuvent agir séparément ou de concert pour transformer le capillaire jeune en télangiec-

tasie, et la masse totale en quelque chose d'analogue à l'angiome. N'est-ce pas encore ce que nous voyons tous les jours dans une foule de tumeurs bénignes ou malignes, subissant la transformation télangiectasique ou caverneuse.

Or le tissu des régions fissuraires, nous l'avons vu, diffère bien peu de celui du bourgeon charnu ordinaire ; des deux côtés on trouve même richesse, même disposition des vaisseaux, même fragilité de leurs parois, qui plongent dans un stroma embryonnaire à peine différencié.

Mais chez l'embryon, il y a en plus cette énergie vitale cette poussée vaso formatrice, nécessaire à son accroissement, et qui fait du tissu des régions fissuraires, un tissu éminemment propre à subir toutes les influences et à en conserver les traces. Qu'une inflammation ou qu'une augmentation de pression quelconque survienne, et l'on verra les vaisseaux en voie de développement s'accroître, se distendre et constituer un angiome, comme la chose se passe à peu près sous nos yeux chez l'adulte.

On peut donc dire que les régions fissuraires sont, du fait de leur structure anatomique, un terrain propice à l'éclosion de la malformation vasculaire, mais qu'il faut en plus des causes irritatives pour amoindrir la résistance des parois, et des troubles circulatoires pour en triompher. D'où viendront ces causes efficientes ? Hâtons-nous de dire qu'elles peuvent être nombreuses.

Nous avons vu que dans le cours du développement les arcs s'affaissent les uns sur les autres, on conçoit dès lors la facilité avec laquelle, sous l'influence d'une perturbation même légère ayant pour effet d'entraver le

synchronisme dans la descente des arcs, il pourra se produire de véritables pincements ou enclavements de tissus, phénomènes qui pourront jouer le rôle de causes irritantes.

Nous avons vu aussi dans les premières semaines du développement, se produire un changement brusque dans l'irrigation sanguine des arcs branchiaux, n'est-ce pas là une cause possible des troubles circulatoires ?

Plus souvent il s'agit de traumatismes intra-utérins, relevant alors d'une compression, ou bien encore d'un traumatisme portant sur la mère et agissant indirectement sur l'embryon à travers l'amnios.

Le déplacement de l'ovule pourrait à son tour, si l'on s'en rapporte aux résultats obtenus artificiellement par Dareste (1), devenir une cause de malformation vasculaire.

Les infections intra utérines, syphilis, tuberculose, les maladies de l'œuf encore mal connues, pourraient dans certains cas être incriminées, mais il est difficile de savoir comment ces facteurs étiologiques agissent.

Il n'est pas jusqu'aux troubles circulatoires maternels, liés à des influences nerveuses qu'on ne puisse invoquer. Pour M. Poirier, « les émotions morales peuvent devenir, au même titre que les commotions physiques, et en agissant comme celles-ci, par retentissement sur la circulation utéro placentaire, des causes de malformations ». Et à ce dernier point de vue, on est amené à se demander si les idées anciennes étaient aussi ridicules qu'elles semblent au premier abord. L'expression

(1) Dareste, Recherches sur la production artificielle des monstruosités, Paris. 77.

d'*envies* serait la traduction populaires des troubles circulatoires maternels.

En somme, des trois influences qui président à l'éclosion de l'angiome, locale, irritative et circulatoire, la première seule, liée à la constitution anatomique de la région, est immuable ; les deux dernières, au contraire, peuvent être de natures essentiellement différentes.

Dans la région embryonnaire correspondant aux deux derniers arcs branchiaux, le premier facteur manque en partie, parce que les deux arcs n'ont qu'une durée très éphémère, ainsi s'explique la rareté des angiomes au niveau de la partie inférieure du cou.

Il faut maintenant nous demander à quoi tient la rareté des angiomes profonds du cou, alors que les parties superficielles, les téguments sont si fréquemment le siège de cette malformation vasculaire. A cela nous répondrons que, suivant une loi commune à tous les angiomes, les premiers doivent souvent entrer en régression et disparaître dans les premières années de la vie, ayant passé inaperçus du fait de leur siège caché ; et que d'autre part, les parties profondes sont en quelque mesure à l'abri des causes efficientes dont peuvent souffrir les parties superficielles, à savoir les traumatismes et les irritations de toutes sortes.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, le terme d'angiomes fissuraux que Virchow avait donné à ces productions mérite d'être conservé, puisqu'il rappelle l'altération du système vasculaire et son origine congénitale, deux points hors de doute, sans préjuger de la cause efficiente, qui peut être variable.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous devons étudier deux ordres de symptômes d'importance très différente. Les signes physiques extérieurs, palpables, occuperont le premier rang ; les troubles fonctionnels, tardifs, en général peu accentués, n'offrent qu'un intérêt secondaire.

Envisageons d'abord une de ces tumeurs bien développée, qu'il s'agisse d'un jeune enfant ou d'un adulte, nous réservant de revenir ensuite sur la marche et l'évolution de la maladie.

Il s'agit en général d'un sujet bien portant, l'interrogatoire ne révèle rien de particulier dans ses antécédents, et l'attention est aussitôt concentrée sur la déformation du cou. Là, sur le trajet des gros vaisseaux, de préférence à la partie supérieure, aux confins de la région carotidienne et empiètant parfois sur celle-ci ou bien plongeant davantage en arrière, sous la mastoïde, rarement dans la région carotidienne basse, plus rarement encore dans la région sous maxillaire, l'inspection révèle l'existence d'une tuméfaction, d'une saillie dont les limites

ne sont le plus souvent pas fixes. Le muscle sterno-mastoïdien la recouvre en partie. « **L'aspect** » de la tumeur est variable suivant que les parties superficielles, les téguments sont altérés ou non. Dans près de la moitié des cas, en effet, la peau qui recouvre la tumeur a subi des modifications dans sa structure : tantôt elle est seulement amincie et de couleur normale ; à un degré plus avancé, le derme usé, par l'extension du néoplasme laisse voir par transparence une coloration violacée, ou bien encore la peau est sillonnée de lignes bleuâtres ou noirâtres. Dans certains cas même, plusieurs veines dilatées et à tendance variqueuse rayonnent autour de la masse ou à sa surface ; leur développement peut être extrême ; chez le malade de l'observat. VII, un certain nombre s'étaient rompues, donnant lieu à des hémorragies sérieuses. Parfois, les dilatations variqueuses se montrent sous la forme de points bleuâtres saillants, la peau présente alors un aspect chagriné dû à l'alternance de ces saillies avec des zones déprimées. Ailleurs, enfin, un nævus vasculaire recouvre toute la région, envahissant même les téguments des régions adjacentes (observat. XVII).

Les muqueuses voisines participent souvent, elles aussi, à ces altérations : chez le malade de Reclus, le voile du palais et le pilier antérieur correspondant présentaient une coloration bleuâtre. Le malade de Kirmisson portait sur la langue plusieurs nævi variqueux ; la recherche de ces concomittences néoplasiques n'est pas sans importance, elle a mis plus d'un observateur attentif sur la voie du diagnostic.

La tumeur est le plus souvent unique, mais il n'en est pas toujours ainsi ; chez le malade de Nélaton, un angiome de la région carotidienne coexistait avec une tumeur

semblable développée dans l'épaisseur du muscle digastrique et une autre dans le plancher de la bouche ; chez le malade de Kirmisson, il existait deux tumeurs : l'une carotidienne, l'autre sous-maxillaire ; de plus, la glande parotide était, elle aussi, envahie par la dégénérescence angiomateuse.

La **Forme** de ces tumeurs est variable, tantôt bien circonscrite et comme encapsulée, elle évoque l'idée d'un ganglion, tantôt existe une tuméfaction vague, mal définie et sans limites précises. La surface extérieure en est souvent régulière et lisse, surtout au cas de pseudo-kyste, rarement y découvre-t-on des bosselures.

Le **Volume** de la tumeur est aussi variable ; c'est au cas de kystes qu'il devient le plus considérable ; toute la région du cou, d'un côté, peut être envahie ; n'en était-il pas ainsi dans le cas de Luigi-Monti, où le kyste, étendu de la clavicule à la mastoïde, était aussi gros que la tête de l'enfant porteur ; dans le cas de Kirmisson où la tumeur s'étendait de la région sous-maxillaire à la fosse sus-claviculaire ?

Le malade de Reclus portait aussi une tumeur énorme qui, pendant l'effort, atteignait en haut l'arcade zygomatique, en bas le cartillage thyroïde ; Kœnig, à son tour, décrit un cas semblable. Mais, le plus habituellement, le volume est moindre, variant de celui d'une noix à celui d'un gros œuf de poule ou de dinde, termes de comparaison employés par les auteurs dans plus des deux tiers des cas.

Pour nombre de ces tumeurs, le volume varie d'ailleurs dans des proportions notables, d'un instant à l'autre, suivant que le malade fait un effort, se mouche ou pousse des cris ; souvent aussi, tout acte qui ralentit la circulation dans les gros vaisseaux, telle une pression exercée sur

eux en amont, fait varier les dimensions du néoplasme. Plus les communications veineuses sont larges, plus est accentuée cette dilatation, cette érection passive. Il est plus rare de rencontrer l'érectilité spontanée ou active, si fréquente avec les angiomes caverneux superficiels ; nous ne la trouvons signalée que deux fois : chez la malade de Wolf, l'angiome, qui présentait d'ordinaire les dimensions d'un œuf de poule, atteignait celles du poing pendant les émotions. D'autres influences sont encore susceptibles de faire augmenter rapidement ces tumeurs, tels sont les traumas divers, ponctions, manipulations ou examens répétés ; il n'est pas jusqu'à la température extérieure qui ne puisse les influencer ; plusieurs fois les malades ont insisté sur cette particularité : pendant l'hiver, la tumeur diminue, pour se gonfler au contraire, pendant la saison chaude (obs. IV), ou bien c'est l'inverse qui se produit (obs. V).

Mais l'érectilité n'existe que dans la moitié des cas ; il importe, toutefois, de faire une remarque à ce propos : parfois, alors même que ni les efforts, ni les émotions ne modifient apparemment le volume de l'angiome, si l'on oblige le malade à se placer la tête en bas, on peut voir, au bout d'un temps variable, la tumeur se tendre et grossir ; ainsi, chez le malade de Forgue, la tumeur augmentait de plus d'un tiers quand le sujet tenait la tête baissée, encore que l'effort ne semblât nullement l'influençer.

Ce signe mérite donc d'être attentivement recherché, et il semble probable que beaucoup d'auteurs n'en aient pas tenu assez compte, ou bien l'aient méconnu. On conçoit, en effet, que suivant l'importance des communications vasculaires, surtout veineuses, l'augmentation de volume soit tantôt brusque et tantôt, au contraire, lente ; or, dans

ce dernier cas, il peut se faire que pendant le temps assez court demandé au sujet pour accomplir un effort, la tumeur n'ait pas eu le temps de se remplir suffisamment pour que l'œil perçoive une variation dans son volume; que si, au contraire, sous l'influence d'une cause continue comme la position déclive, on laisse au sang le temps de refluer dans les mailles de l'éponge vasculaire, on verra bientôt celle-ci se laisser distendre passivement.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins que dans un certain nombre de faits, n'existent ni dilatation passive, ni érection active; il s'agit, sans doute alors, de poches sanguines, à communications vasculaires extrêmement étroites, où, par suite, le sang circule lentement, et, notons-le en passant, l'absence de ces signes pourra égarer le clinicien.

A côté de l'**érectilité**, prend place un symptôme qui en est en quelque sorte le corollaire, à savoir la *Réductibilité*. Rarement, ces deux signes sont dissociés, l'angiome étant réductible sans être érectile (obs. XIII Lannelougne et Achard) ou inversement (observat. VI. Vivent).

Cette *réductibilité* comporte plusieurs degrés. Dans une première catégorie de faits, la réduction s'opère avec la dernière évidence; à la moindre pression extérieure, la tumeur s'affaisse, « elle fuit sous le doigt » dit Reclus, qui en rapporte un exemple remarquable. Plus souvent, il faut une pression continue de plusieurs minutes pour en avoir raison; quelquefois, enfin, la réduction n'est que partielle; la pression ne peut que diminuer la tumeur, soit qu'une partie de la masse seulement s'affaisse, soit que, comprimée en un point, elle reparaisse ailleurs (obs. XIII Lannelongue et Achard). Pendant que se produit la réduction,

la main qui comprime la tumeur perçoit parfois un semblant de crépitation.

Malheureusement, cette propriété qu'ont certains de ces angiomes de disparaître plus ou moins complètement par la compression manuelle fait défaut dans près de la moitié des cas : les communications des cavernes entre elles masquant le symptôme, en empêchant le sang de fuir dans une direction unique.

Quant à la fluctuation, ce n'est évidemment que si la tumeur n'est pas ou est incomplètement réductible, qu'on peut la percevoir ; dans les autres cas, en effet, il est impossible d'immobiliser la tumeur entre les doigts pour rechercher ce signe, la réduction se produisant dès qu'on la comprime.

La **Consistance** de ces tumeurs est importante à préciser, elle peut être fort utile dans l'étude du diagnostic. Le plus souvent, la consistance est molle, le doigt pressant la tumeur s'y enfonce aisément, et il est remarquable de noter la quasi-unanimité des affirmations à cet égard dans toutes les langues. Les termes de « molles » et « dépressibles » reviennent à chaque instant.

Il s'en faut pourtant que cette consistance soit toujours homogène ; à côté de parties molles ou fluctuantes, le doigt rencontre parfois un ou plusieurs noyaux durs et mobiles ; la présence de ces indurations peut-être rapportée pour une part à une inflammation ancienne ; pour une autre, à l'existence de phlébolithes.

Il peut arriver aussi qu'après avoir réduit un de ces néoplasmes, le doigt perçoive la sensation classique de paquets de vers, de pelotons de ficelles, commune à tous les angiomes (Obs. IV. Forgue).

La **mobilité** est le plus souvent nulle, les adhérences aux tissus voisins rendent aisément compte de cette particularité ; tout au plus trouve-t-on signalée quelquefois une certaine mobilité superficielle.

La percussion de ces tumeurs révèle, dans l'immense majorité des cas, de la matité ; cependant, certaines poches volumineuses, à réduction facile, peuvent présenter de la sonorité. Nous en connaissons deux exemples : le premier est dû à Reclus dont nous relatons plus loin l'observation : « La tumeur présentait dans sa zone postérieure une « obscure sonorité » que l'auteur rapporte à la présence de la cavité pharyngienne ?

Le deuxième est signalé par M. Gérard Marchant ; « Un malade présentait un gonflement des parties latérales du cou, formant une poche presque sonore, réductible, qui fut prise par un jeune chirurgien distingué des hôpitaux pour une poche aérienne en communication avec le larynx. M. le Professeur Lefort, se basant sur la possibilité de modifier le volume de la tumeur par une compression méthodique exercée sur les gros vaisseaux, conclut à l'existence d'une tumeur érectile. L'Electrolyse, en réduisant rapidement et définitivement le volume de la tumeur, vint confirmer ce diagnostic.

Dans ces angiomes peuvent exister des battements peu marqués, de l'expansion, et, bien que rarement, des souffles faibles et variables, intermittents ou continus avec renforcement. Trois fois nous avons trouvé signalés ces symptômes ; dans l'un, la communication large artério-veineuse fut démontrée par le passage facile de l'injection de la carotide dans le système jugulaire (obs. XVI).

Eliot (obs. II) décrit un fait analogue, mais il signale, en plus, une particularité intéressante : à deux reprises

différentes, sous l'influence d'une angine aiguë, les pulsations disparurent et la tumeur devint dure et incompressible.

Le troisième cas est rapporté par Tuffier (obs. XVII). La tumeur était violemment pulsatile, avec souffle à renforcement systolique.

Ici le contrôle anatomiqne fait défaut ; mais il nous paraît probable que l'existence de ces bruits pathologiques traduisent, dans tous les cas, la transformation de l'angiome en tumeur cirsoïde.

Signalons enfin pour terminer cette énumération des symptômes physiques, l'apparition possible de troubles trophiques dans les organes voisins. Quand ces tumeurs acquièrent de bonne heure un volume considérable, leur développement peut retentir sur la nutrition des muscles et du squelette de la région. Ainsi voyons-nous chez le malade de Litten, (obs. XXIV) une asymétrie cranio-faciale, chez le malade de Reclus une atrophie marquée portant sur les deux branches du maxillaire inférieur, les muscles sterno-mastoïdien et masséter du même côté.

De cet exposé, que devons-nous retenir ? Un point surtout se dégage de cette étude, à savoir l'extrême dissemblance de ces tumeurs entre elles, au point de vue clinique.

Voici un sujet qui se présente à nous, porteur d'une tumeur volumineuse de la région latérale du cou : il raconte que dès sa naissance ses parents remarquèrent l'existence d'une saillie qui se gonflait pendant les cris ; celle-ci s'est progressivement développée, mais elle a subi un accroissement rapide au moment de la puberté et le malade s'en inquiète. Sur la peau qui recouvre la tumeur se dessinent un naevus ou des veines dilatées. A l'examen on constate que la tumeur augmente de volume quand le sujet fait un

effort, se mouche, baisse la tête, ou bien encore lorsque l'on comprime les gros vaisseaux au dessous. La palpation permet de reconnaître une masse molle, dépressible et réductible avec la dernière évidence. Tous ces caractères que l'on décrit classiquement dans les traités permettent de reconnaître aisément la tumeur érectile profonde.

Dans les mêmes conditions on se trouve en présence d'une tumeur également souple et réductible ; mais le sujet raconte que depuis quelque temps, il y perçoit des battements. L'examen permet de constater en effet l'existence de battements en rapport avec le pouls; il existe de plus un frémissement très évident quand on comprime la tumeur. L'auscultation, d'autre part, fournit un signe précieux : souffle continu avec renforcement. La notion de traumatisme étant écartée par l'interrogatoire, la constatation des précédents symptômes, traduisant la communication artério-veineuse, permet de reconnaître sans peine la tumeur cirsoïde, issue de l'angiome.

Mais voici un autre tableau. Un jeune garçon de 10 ans porte depuis plusieurs années, sans pouvoir en préciser le début, une tumeur sous-cutanée de la région latérale du cou. Tumeur molle, bien nettement fluctuante, nullement réductible et sans la moindre augmentation de volume pendant les efforts. La peau est intacte, nulle part ne se dessine à sa surface une tache vasculaire, une dilatation variqueuse. Rien ne peut faire songer à un angiome, bien plus, on en rejette l'hypothèse en l'absence de tout signe habituel à ces néoplasmes, et on pense à un kyste congénital.

Autre aspect : la tumeur a pris rapidement un développement considérable, par exemple du volume d'une noix ;

elle a acquis en quelques mois celui d'une orange ; l'examen permet de reconnaître les mêmes signes négatifs que précédemment, mais la palpation décèle, à côté d'une masse fluctuante, quelques parties plus fermes. Étant donnés ces caractères, l'âge du sujet et la rapidité d'évolution, on pense à un Cysto-sarcome.

Voici d'autre part un jeune soldat de 22 ans; il a remarqué depuis quatre mois seulement, au niveau de la région carotidienne supérieure, une petite tumeur et le développement a été progressif, indolore, sans aucun trouble de la santé. Son volume est celui d'un œuf de pigeon, la palpation permet de délimiter à peu près nettement le néoplasme : Il donne la sensation d'un bissac : on sent une partie supérieure dure, arrondie, sans bosselures ; l'autre inférieure, molle, fluctuante. Aucun signe de tumeur érectile.

L'apparition tardive, l'évolution brute et indolore, le siège de l'affection, font penser à une adénite tuberculeuse mono-ganglionnaire en voie de suppuration.

Dans un cas à peu près analogue qui fait le sujet de notre observation, la tumeur, dit M. Potel, présentait, au début, tellement les caractères d'une adénite tuberculeuse suppurée, que le médecin fit à la pointe du bistouri une petite incision pour évacuer la poche : grande fut sa surprise en voyant s'échapper, au lieu de pus, un flot de sang noir qui jaillit à plus d'un mètre de distance.

Rappelons enfin que certaines poches volumineuses à communications vasculaires larges, véritables diverticules veineux instantanément réductibles, peuvent présenter de la sonorité et en imposer pour des tumeurs gazeuses ou pneumatocèles.

Et telles ne sont pas, sans doute, toutes les modalités

cliniques que l'on peut rencontrer; au moins avons-nous cru pouvoir dégager ce trait intéressant dans l'histoire clinique de ces tumeurs, à savoir leur aspect protéiforme.

Aux symptômes physiques, s'ajoutent, en général, peu de troubles fonctionnels ; ils sont le plus souvent si peu importants, que les auteurs omettent d'en parler. L'indolence de ces tumeurs est un fait presque constant ; cependant dans une observation (observat. VIII, Israel), le malade éprouvait une céphalalgie assez intense et des troubles nerveux qui le décidèrent à réclamer une intervention ; le siège tout à fait prévertébral de la tumeur qui remontait jusqu'au trou déchiré postérieur, et les tiraillements exercés sur les organes importants et, notamment, sur les nerfs refoulés en avant et en dehors par l'accroissement du néoplasme, rendent aisément compte de ce phénomène. Chez le malade de Kirmisson, la tumeur qui occupait tout un côté du cou, provoquait au moment de son expansion, une gêne passagère de la phonation, un peu de difficulté respiratoire et de la toux ; dans le fait de Kœnig la réduction complète s'accompagnait de syncope (observation XXI) ; dans notre cas, la compression de la tumeur déterminait un certain malaise. Mais dans l'immense majorité des cas, c'est surtout par la difformité qu'elle occasionne, que la tumeur incommode le malade et le pousse à consulter un médecin.

Cependant, l'augmentation progressive possible d'un angiome caverneux diffus, ses transformations, sont une source de dangers nouveaux, et il nous faut succinctement dire quelques mots de l'évolution de ces angiomes.

Existant dès la naissance, il est possible qu'ils puissent, comme tous les angiomes, disparaître spontanément pendant les premières années de la vie ; mais, d'après les

observations que nous avons pu recueillir, lorsqu'ils persistent, ils tendent à augmenter progressivement.

Quelquefois l'augmentation de volume est rapide, et c'est sur des enfants de deux mois (Secheyron), de 18 mois (Franke), qu'on peut trouver des tumeurs volumineuses. Mais, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'étiologie, c'est ordinairement plus tard que l'augmentation plus ou moins brusque amène peu à peu quelques légers troubles, et nous avons dit aussi, que la puberté et la grossesse peuvent avoir une influence sur le développement de la tumeur.

Quant aux transformations possibles, nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, qu'une partie plus ou moins importante de la tumeur, pouvait s'isoler et se transformer en kyste sanguin ou séreux, transformation peu dangereuse au point de vue du pronostic, mais qui peut changer l'aspect et rendre le diagnostic plus difficile ou même impossible.

A côté de cette transformation kystique, il nous faut signaler les complications possibles du côté des veines. Elles sont de deux ordres : quand les communications veineuses de l'angiome s'élargissent, il en résulte la formation d'énormes poches, véritables diverticules annexés aux troncs veineux et dans lesquels le sang des grosses veines reflue sans cesse sous l'influence de l'augmentation de pression dans ces vaisseaux.

Cette complication est déjà plus sérieuse, en raison du volume énorme que peuvent acquérir ces poches et aussi en raison de ce fait qu'elle n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Le malade de Gascoyen, qui présentait une tumeur de cette nature dans la région parotidienne, mourut de suffocation. Plus grave est l'apparition de

varices veineuses à distance, comme celles qui existaient au pourtour de l'angiome chez le malade de Gazel et qui donnèrent lieu à des hémorragies inquiétantes. Mais de toutes les complications, la plus redoutable est la dégénérescence cirsoïde des artères afférentes. Elle expose le malade à des hémorragies formidables (si l'on en juge d'après ce qui se passe dans les autres régions, car dans les trois cas où nous avons noté cette transformation, ces accidents n'existaient pas), sans compter les troubles fonctionnels divers qui accompagnent son évolution. On en est averti par la turgescence et l'érectilité plus grandes de la tumeur; elle devient pulsatile et donne lieu à un bruit de souffle continu, frémissant comme le thrill, au début, net et renforcé à la systole, au fur et à mesure de ses progrès. Les artères avoisinantes se dilatent et dessinent sous la peau leur réseau sinueux. Leurs battements et le bruit de souffle incommodent le malade qui les perçoit sans cesse et le rendent hypocondriaque.

Cette modification dans la structure de la tumeur est donc fort dangereuse quant à son pronostic, mais il semble qu'elle ait heureusement peu de tendance à se produire dans les angiomes qui nous occupent. On sait, en effet, que c'est surtout dans les angiomes à circulation rapide, les tumeurs artérielles, que survient cette transformation, et nous avons vu que les angiomes profonds du cou étaient d'ordinaire des angiomes à circulation lente, des tumeurs veineuses cliniquement.

DIAGNOSTIC

L'étude de la symptomatologie nous autorise à conclure que le diagnostic des angiomes profonds du cou présente des difficultés absolument variables d'un sujet à l'autre ; aussi, pour mettre un certain ordre dans ce chapitre, nous paraît-il indispensable de partager ces tumeurs en un certain nombre de groupes.

Dans un premier groupe, nous placerons les angiomes typiques, c'est-à-dire ceux qui, par leurs caractères physiques, rappellent tout à fait les angiomes caverneux, superficiels : teinte spéciale de la peau, réductibilité, érectilité, consistance spongieuse, rien n'y manque. La recherche de ces signes n'offre pas de difficulté. L'inspection révèlera l'existence de taches ou tumeurs angiomateuses sur les téguments ou les muqueuses voisines. La réductibilité demande à être attentivement recherchée, car elle n'est pas toujours évidente à première vue et peut d'ailleurs n'être que partielle ; aussi faudra-t-il comprimer, avec les doigts ou un instrument ad hoc, chaque point de la tumeur et pendant un temps suffisant.

Pour ce qui est de l'érectilité, un interrogatoire minutieux pourra déjà, dans nombre de cas, amener le malade à se rappeler des modifications passagères ou durables dans le volume de sa tumeur : faisant alors accomplir au sujet un effort quelconque, on verra l'angiome se gonfler.

Enfin la palpation apportera un nouvel élément de diagnostic différentiel, la consistance mollasse, spongieuse, de l'angiome empêchant de le confondre avec les tumeurs solides qui offrent une consistance plus ferme, plus uniforme, et une invariabilité de volume quasi-absolue.

La nature du néoplasme étant connue, il faudra encore rechercher s'il n'est pas le siège de bruits pathologiques. L'existence d'un souffle à l'auscultation, d'un frémissement vibratoire permettront de soupçonner la transformation cirsoïde au début.

On recherchera de même si, dans les périodes de calme, la tumeur présente des pulsations et de l'expansion. Si ce dernier phénomène n'était pas très apparent, on pourrait au besoin, pour le rendre manifeste, recourir au procédé de Richet; on mouille la surface et on la regarde à contre-jour; les jeux de la lumière sur la surface humide permettent d'apprécier des mouvements peu sensibles.

Dans une deuxième catégorie de faits nous classerons les angiomes caverneux en communications larges avec les grosses veines du cou, véritables diverticules veineux à connexions artérielles insignifiantes. La plupart des caractères précédemment énumérés se retrouvent dans ces tumeurs, mais leur physionomie clinique n'en est pas moins particulière. Elles se présentent sous la forme de poches volumineuses, bombant au moindre effort ; toute cause capable de modifier le régime circulatoire de retour

influence leur volume avec la dernière évidence, la plus légère pression les affaisse, elles fuient sous le doigt, pour se remplir aussitôt que la compression cesse. La main qui les réduit perçoit une sorte de crépitation. Ajoutons, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, que ces tumeurs peuvent présenter de la sonorité à la percussion. Ce signe, joint aux précédents, permet de les confondre avec les pneumatocéles en communication avec le larynx, et l'erreur a été commise. Pour l'éviter, il suffira de comprimer les gros vaisseaux au dessous de la tumeur : cette manœuvre amènera sa distension s'il s'agit d'une poche sanguine ; elle restera sans effet au cas d'aérocèle. Mais dans ces conditions, et l'hypothèse d'une aérocèle étant écartée, le chirurgien est-il en droit de conclure à l'existence d'un angiome ? Nullement.

Nous avons vu qu'il existe, dans la région antéro-latérale du cou, des tumeurs sanguines occupant la place des grosses veines incomplètement développées.

Koch décrit un kyste volumineux développé à la place de la veine sous-clavière droite dont on ne trouvait pas de traces. De même Hueter, extirpant une de ces tumeurs, ne fut pas peu surpris de constater l'absence de la plus grande partie de la jugulaire interne, représentée seulement par un court tronçon inférieur, avec lequel le kyste communiquait largement. Par leur pathogénie, leur anatomie pathologique, leur nature en un mot, ces tumeurs méritent de prendre place aux antipodes des angiomes vrais ; celles-là sont des malformations par arrêt, celles-ci par excès. Pourtant leurs caractères physiques sont identiques à ceux des angiomes phlébogènes profonds, du moins tant que persistent pour le kyste des connexions larges avec les tronçons sus et sous-jacents de sa veine

d'origine. Dans les deux cas, une vaste poche forme diverticule dans la paroi d'une grosse veine, semblables sont leurs formes, leurs consistances, pareille est leur réductibilité. L'évolution de la maladie ne peut pas éclairer le diagnostic puisqu'il s'agit dans un cas comme dans l'autre d'affections congénitales à marche progressive.

Même réflexion s'impose au sujet des varices limitées des grosses veines du cou, étudiées par Delorme, sur la jugulaire interne, et dont M. Weiss, de Nancy, a récemment publié un cas suivi d'extirpation ou mieux de ligature latérale, portant sur la sous-clavière. M. Weiss identifie son cas, par analogie, avec ce que Lloyd, Wilms, Agnew et Geissel ont rapporté pour la veine fémorale ; Volker, Costelli, pour la veine faciale. Ici encore, on trouve une tumeur souvent volumineuse, régulière de forme, lisse à sa surface, recouverte d'une peau saine, molle, dépressible, réductible en totalité et très facilement par la pression, mate, et ne laissant percevoir à l'auscultation, ni battements, ni souffles. Nous devons à la vérité de dire que cette dernière affection n'a pas été rencontrée dans l'enfance, mais nous savons que certains angiomes profonds peuvent n'apparaître que très tard.

Quoi qu'il en soit, en présence de ces trois ordres de faits, il ne nous paraît pas permis de porter un diagnostic autre que celui-ci : « Tumeur sanguine en connexion avec le système veineux du cou. » Seule, la coexistence de tumeurs ou taches érectiles dans la même région ou sur d'autres parties du corps, pourrait peut être faire pencher la balance en faveur de l'angiome.

Vient ensuite un dernier groupe de tumeurs, infiniment complexe, comprenant les modalités cliniques les plus

variées, n'ayant de commun entre elles que l'absence de tout caractère propre aux tumeurs érectiles.

Tumeurs d'apparence le plus souvent kystique, fluctuantes, mais où la fluctuation n'est pas toujours nette, de consistance molle plus ou moins homogène, recouvertes d'une peau saine et ne présentant aucune réductibilité, aucune érection passive ou active. Nous avons dit comment, dans certains cas, elles revêtent le masque d'un kyste congénital, d'un lymphangiome, dont le cou est si fréquemment le siège ; comment la présence, au sein de leur masse, de parties plus fermes à côté d'autres fluctuantes, jointe à un accroissement subit, avait pu faire croire à un cysto-sarcome ; qu'ailleurs, enfin, cette consistance mi-ferme, mi-fluctuante, avait pu faire penser, en toute vraisemblance, à une adénite tuberculeuse suppurée, et que même l'absence de fluctuation nette les rapprochait quelquefois du lipome.

Il va de soi que le diagnostic sera toujours des plus obscurs dans des cas semblables. Encore, est-il permis de s'en approcher.

Et d'abord, dans la plupart des cas, le jeune âge du sujet, le début de l'affection à une époque rapprochée de la naissance, pourront faire penser à la possibilité d'un angiome. Si la tumeur n'augmente pas de volume sous l'influence de l'effort ou de la compression des vaisseaux ; si l'érectilité spontanée fait défaut, il faudra chercher à la provoquer par la déclivité. Ce procédé a été recommandé par M. le professeur Lannelongue ; en présence d'une tumeur kystique du cou dont la nature prête à discussion ; il place le malade, la tête en bas et se rend vite compte si le volume du néoplasme s'accroît ou demeure invariable. Nous avons déjà fait remarquer que beaucoup d'auteurs

ne paraissent pas avoir tenu assez compte de ce signe et avons dit que, plusieurs fois, il s'était montré positif, alors que les autres moyens employés pour provoquer l'érection étaient demeurés sans résultat.

En l'absence de ce dernier signe et de tous les autres précédemment énumérés, on pensera évidemment à tout autre chose qu'à l'angiome (kystes ou tumeurs liquides diverses, lymphangiome si fréquent au cou, kystes hydatiques, etc) ; ici même un dernier procédé d'investigation pourra venir à notre aide : c'est la ponction. Encore faut-il analyser avec soin les résultats qu'elle donne.

Le liquide retiré peut être du sang pur, il faudra dans ce cas contrôler par le microscope l'état des hématies ; leur intégrité indiquera une cavité en communication avec les vaisseaux sanguins. Si les globules sont altérés, déformés, il est encore possible qu'on ait à faire à un angiome ; mais il faut avouer que dans ces conditions, on pensera plutôt à une hémorragie accidentelle dans un kyste, à un hématolymphangiome. Enfin, nous avons vu que le liquide de la ponction pouvait être clair et limpide. Il est probable que dans cette circonstance le diagnostic ne sera pas fait. Disons toutefois que la présence au sein du liquide de gouttelettes graisseuses ou huileuses plaide en faveur du lymphangiome, et que même si le liquide est séro-sanguin ou séreux, il faut encore, avant de se prononcer, tenir compte de l'évolution de la tumeur après la ponction. Au cas d'angiome, en effet, le liquide se reproduit beaucoup plus rapidement qu'au cas de kyste lymphatique.

L'observation de ce phénomène pourra quelquefois donner l'éveil et faire reprendre corps à l'hypothèse d'un angiome, un instant abandonnée.

Reponctionnant alors la tumeur en un autre point, il

se pourra que l'on retire cette fois du sang pur. Tels sont les signes qui devront nous guider dans ces cas difficiles.

En résumé, nous dirons que pour arriver au diagnostic, il faut, devant une tumeur kystique du cou que l'on soupçonne d'être congénitale ou d'avoir débuté dans un temps rapproché de la naissance, d'abord penser à l'angiome, puis rechercher avec soin tous les signes objectifs et les troubles fonctionnels que nous avons plusieurs fois mentionnés ; ceux-ci suffiront dans la majorité des cas pour mener à bien les investigations. Que si la recherche des symptômes physiques demeurait négative ou insuffisante, on aurait recours, en dernier lieu, à la ponction, mais en dernier lieu seulement, car autant elle constitue une intervention simple au cas de kyste isolé ou de pseudo-kyste à peu près isolé de la circulation, autant elle peut devenir ennuyeuse quand il s'agit d'angiomes à connexions vasculaires nombreuses, par la continuité de l'hémorragie que cette petite blessure provoque et les difficultés que l'on éprouve à l'arrêter. Il faudra donc savoir se passer de ce mode d'investigation toutes les fois qu'on le pourra.

TRAITEMENT

Doit-on intervenir ?

La guérison spontanée, nous l'avons vu, n'existe pas ; l'angiome caverneux tend généralement à s'accroître et à se compliquer, étant lui-même l'expression d'un travail progressif. Nous savons que les transformations les plus bénignes, les transformations kystiques, ne traduisent pas toujours d'une façon certaine le processus de guérison, puisque dans la même tumeur on peut voir évoluer de pair, ici le kyste isolé de la circulation, là l'ectasie et la néoformation angiomateuse.

D'un autre côté, la difformité occasionnée par la tumeur est déjà un ennui pour le malade, si même les douleurs, les troubles fonctionnels, les complications diverses ne viennent pas davantage solliciter l'action du chirurgien. Pour toutes ces raisons, mieux vaut essayer de débarrasser le malade de son affection.

Peut-on le faire à n'importe quel âge ?

Nous avons vu que des angiomes très volumineux peuvent exister chez de tous jeunes enfants ; or, à cet âge, toute perte de sang est grave et toute intervention sur une

tumeur vasculaire expose à une perte sanguine. Exception doit être faite pour l'électrolyse, mais nous en parlerons plus loin et répondrons par la même occasion à cette deuxième question.

A quel procédé donnerons-nous la préférence?

Il n'entre pas dans notre intention de passer en revue les procédés innombrables que la thérapeutique chirurgicale met aux mains du chirurgien en vue du traitement des angiomes en général. Et il nous semble que la discussion ne doive se poser qu'entre trois méthodes qui ont fait leurs preuves depuis longtemps : le bistouri, le feu, l'électrolyse. Encore, devons-nous ajouter que ces moyens sont de valeurs inégales et ne méritent pas d'être placés sur le même plan.

Au cours de ces dernières années, sous le couvert de l'antisepsie, le bistouri a repris, dans le traitement des tumeurs érectiles, la place que lui avait donnée Ambroise Paré.

Si « l'angiectomie » est applicable à la cure des angiomes profonds du cou, il est manifeste que c'est là l'intervention de choix, celle à qui demeure le meilleur résultat définitif. Elle est rapide, indolore, elle n'est pas aveugle et permet de ménager au maximum les organes si importants de la région cervicale, autant d'avantages que ne possèdent pas les deux autres méthodes.

Le principal obstacle à l'extirpation totale de ces tumeurs, c'est l'hémorragie. Malgré la forcipressure et les ressources perfectionnées de l'arsenal chirurgical moderne, ce danger est dans certains cas, réel, et nous allons établir de suite le bien fondé de cette assertion.

En mai 1897, M. Forgue se décidait à tenter l'extirpation d'une tumeur de la région carotidienne gauche,

tumeur manifestement érectile, non pulsatile, profonde et du volume d'un œuf de dinde.

« Une incision curviligne de 15 centimètres aborde la tumeur par son bord postérieur. M. Forgue se décide à ce procédé, pour éviter de se porter immédiatement en pleine masse vasculaire ; grâce à cette incision, il ouvre la gaîne du sterno-mastoïdien, se tient en plein muscle, et après avoir mobilisé la tumeur en arrière, incise le feuillet profond de la même gaîne. Grâce à cette dissection à distance, en plein muscle, l'hémorragie a pu être diminuée ; mais, quand on veut poursuivre la dissection profonde, *elle commence avec une intensité et une multiplicité de points saignants qui obligent à placer un grand nombre de pinces, à ne donner un coup de ciseaux qu'après un coup de tampon.*

C'est surtout quand on veut libérer la région supérieure vers le bord antérieur des insertions sterno-mastoïdiennes, que l'hémorragie devient particulièrement abondante, due à des masses lacunaires veineuses, siégeant au niveau des branches occipitales. La dissection est alors poursuivie vers le bord antérieur de la tumeur. Ici encore, les ciseaux, tout en rasant le plus près possible la face profonde des téguments, ouvrent tout un système lacunaire à mailles beaucoup plus fines qu'en arrière, et l'on ne peut avancer que grâce aux coups de pinces étreignant des portions de la masse caverneuse. On reprend alors la libération de la face profonde par le côté postérieur qui avait été tamponné pendant quelque temps. Notons que le tamponnement par spongio-pressure ne donnait point ici ses bons résultats habituels ; dès le tampon supprimé, cette hémorragie en nappe reprenait de plus belle.

Activant l'opération parce que le malade s'anémiait par cette large perte diffuse, M. Forgue arrive, en tirant fortement en avant le bord postérieur dégagé de la tumeur et la bande attenante du sterno-mastoïdien, à couder ainsi les vaisseaux profonds et, par ce moyen, à diminuer un peu l'hémorragie. La tumeur ainsi tendue et vidée s'est aplatie, semblable à une éponge pressée, et sa face profonde est assez dégagée pour que l'on puisse glisser sous elle deux longues pinces, opposées par leur bout, au-dessus desquelles on excise la portion libérée. Il était temps d'achever, le malade était très pâle, avait perdu plus d'un litre de sang, et si la dissection avait été poussée avec moins de résolution et de vitesse, il est probable qu'il eût perdu plus de sang encore.

De cette observation, plusieurs remarques sont à déduire. D'abord, la nature veineuse et la forme caverneuse typique de la tumeur: aucun jet artériel ne s'échappait ; l'hémorragie bavait en nappe foncée des gros sinus communiquant en un système spongieux.

En aucun moment, il n'a été possible de trouver à la périphérie une couche limite, une zone de clivage, et pour trouver une voie moins vasculaire, il a fallu passer en plein muscle. Dans la profondeur, impossible de trouver un pédicule, de voir avec précision une implantation limitée sur le système jugulaire.

La violence de l'hémorragie ne prêtait point à pareil contrôle anatomique.

. . . . . »

Les suites de l'opération furent néanmoins fort simples.

Voilà donc un ennui possible au cours de l'angiectomie : l'hémorragie, mais une hémorragie de nature particulière, qui peut mettre l'hémostase aux abois.

A ce point de vue, le cas de M. Forgue n'est pas unique. Dans celui de Gluck, l'opération dura trois heures et il fallut appliquer des ligatures sans nombre.

Les difficultés de l'hémostase reconnaissent parfois d'autres causes, ainsi, dans le cas D'Hofmolk, elles tenaient aux adhérences qui reliaient la tumeur au maxillaire inférieur. Les cavernes de l'angiome communiquaient largement avec les vaisseaux ectasiés du périoste ; La tumeur enlevée, ceux-ci n'en continuèrent pas moins à saigner, et pour se rendre maître de l'hémorragie, l'auteur dut réséquer la portion correspondante de l'os ; conduite sage qu'il sera bon d'imiter dans un cas semblable.

Mais l'hémorragie n'est pas le seul danger de l'extirpation. Une nouvelle difficulté réside dans les rapports intimes que le cavernome peut contracter avec les organes importants du cou. Israel dut sectionner le sympathique dont les ramifications sillonnaient la face antérieure de l'angiome ; au cours de l'opération, les autres nerfs de l'espace maxillo-pharingien furent aussi tiraillés et il en résulta des phénomènes parétiques dans le domaine du spinal et de l'hypoglosse, ainsi que des troubles vasomoteurs du côté de la face.

Encore devons-nous apprécier tous ces obstacles à leur juste valeur. Disons d'abord, qu'en ce qui concerne les organes importants de la région cervicale, nulle intervention mieux que la sanglante ne permet de les ménager quand cela est possible.

Quant à l'hémorragie, elle peut créer, nous venons de le voir, une complication sérieuse, voire inquiétante. Le chirurgien peut s'attendre à passer, pendant l'opération un moment désagréable. Mais, abstraction faite de la

difficulté opératoire, il nous faut bien reconnaître, que, pour si violente qu'elle se soit jamais montrée, toujours l'hémorragie fut surmontée.

Et même en mettant les choses au pire, cette dernière créât-elle de par son intensité et son étendue un obstacle absolu à l'extirpation totale, dût-on à cause d'elle s'arrêter en chemin et se contenter d'une intervention incomplète, qu'il n'en résulterait pas grand dommage pour le malade. Il y a même plus à dire. Le malade de l'observation XIII, vitsa tumeur disparaître à la suite d'une ablation seulement partielle, chez le sujet de M. Forgue, une portion du néoplasme, abandonnée dans la région massétérine, cèda par la suite à quelques cautérisations et nous pouvons affirmer qu'il existe dans la science un grand nombre de guérisons semblables, relatives à des tumeurs érectiles diverses. A telle enseigne que M. Lannelongue a pu faire de cette pratique sous le nom d'*angiectomie partielle*, une véritable méthode nouvelle.

Ces sortes de résections des tumeurs érectiles agissent en produisant une travée scléreuse qui trouble ou suspend la circulation ; elles agissent aussi quelquefois en enlevant la portion centrale, principale, autour de laquelle sont ordonnés tous les désordres existants. C'est la même loi qui préside aux interventions sur les angiomes devenus cirsoïdes. Comme Terrier, Trélat, Verneuil l'ont démontré, il suffit d'enlever la tumeur cirsoïde, cause de tous les désordres, pour voir les altérations rameuses disparaître. Il est inutile de poursuivre les ectasies vasculaires jusqu'à leurs limites extrêmes.

L'angiectomie présente, on le voit, de grands avantages, même dans les circonstances où son exécution offre le plus de difficultés, mais que dire, alors, de son utilité

dans les cas simples, dans les angiomes où l'élément vasculaire a diminué, les kystes ou pseudo-kystes entourés d'une capsule fibreuse?

A ce propos, qu'il nous soit permis de rappeler combien ces tumeurs diffèrent d'aspect suivant qu'elles sont circonscrites ou diffuses, suivant qu'elles présentent ou non de larges communications vasculaires. De ce fait, la conduite à tenir ne pourra être identique dans tous les cas.

En principe donc, toutes les fois que le chirurgien aura reconnu l'existence d'un angiome profond du cou, c'est à l'extirpation qu'il devra songer tout d'abord. Une seule restriction s'impose, relative au jeune âge des malades, et nous la résoudrons plus loin. Mais l'intervention sanglante étant décidée et l'opération commencée, plusieurs éventualités peuvent se présenter.

a) La tumeur est circonscrite. Il est alors possible de trouver, à la périphérie du néoplasme, une voie moins vasculaire, un plan de clivage ; c'est alors à la dissection qu'il faudra s'adresser ; faite à petit coups de sonde, elle permettra de séparer la tumeur des organes voisins, notamment des gros vaisseaux.

N'est-ce pas ce qui arriva chez le malade de M. Potel? La capsule du pseudo-kyste délimitait assez bien l'angiome, et l'extirpation, rendue de ce fait moins laborieuse, ne différa pas, en somme, de celle d'un kyste ordinaire.

La même simplicité opératoire se retrouve dans l'observation de Franke, dans celles de Vignal, etc.

b) On se trouve en présence d'une tumeur érectile diffuse. Ici pas de zone limite, l'excision de la moindre parcelle du tissu caverneux est suivie d'une hémorragie en nappe, contre laquelle le tamponnement réussit mal. Dans ce cas, on pourrait imiter la conduite de Forgue, et

attaquant l'angiome à une certaine distance de l'éponge vasculaire, en tenter quand même la dissection.

Mais il nous paraît préférable de rechercher d'emblée l'origine des gros vaisseaux, afin de les découvrir et de les lier en premier lieu. En procédant ainsi, on verra la tumeur s'affaisser, se tasser et la dissection devenir moins dangereuse.

c) Il s'agit d'une poche volumineuse, reliée à la jugulaire par de larges anastomoses, mais sans connexions artérielles bien marquées. Ici encore, la ligature de ce vaisseau au-dessus et au-dessous, sera le premier temps de l'intervention.

d) L'angiome a subi la transformation cirsoïde. C'est alors la ligature des gros troncs artériels qu'il faut pratiquer d'emblée. Il sera bon aussi de découvrir la carotide primitive dans la partie inférieure de la plaie et de placer sur elle un fil d'attente, de façon à pouvoir parer aussitôt à toute hémorragie imprévue.

Mais il peut arriver que, malgré toutes les précautions prises en vue d'assurer l'hémostase, la violence de l'hémorragie, ou bien encore l'étendue insolite du néoplasme, oblige à laisser en place des parties plus ou moins considérables de celui-ci. Pour détruire complètement ces débris d'angiomes, foyers de récidives possibles, deux moyens restent à la disposition du chirurgien : l'igniponcture et l'électrolyse.

Nous sommes ainsi amenés à considérer le thermo-cautère et l'électrolyse non comme des moyens de choix qu'on a le droit d'employer d'emblée en vue de détruire ces tumeurs, mais comme des adjuvants du traitement opératoire, et cela seulement dans les cas exceptionnels où l'extirpation totale est rendue impossible pour une des

raisons signalées plus haut. Il ne faudrait pas que l'on nous accusât de faire trop peu de cas de ces deux méthodes, qui ont joui et qui jouissent à l'heure actuelle encore d'une grande faveur. Aussi, devons-nous justifier notre conduite, en examinant impartialement les avantages et les inconvénients de ces deux procédés.

Voyons d'abord l'électrolyse. Jusqu'à ce jour, elle a été utilisée surtout dans le traitement des tumeurs érectiles cutanées. Son emploi est aujourd'hui bien réglé et ses dangers à peu près nuls, à condition de se servir de courants faibles. On obtient avec elle le minimum de déformations. Elle est efficace, un peu moins, cependant, vis-à-vis des angiomes profonds que des superficiels, autant que nous en avons pu juger par nos lectures.

Ses inconvénients sont : la longue durée du traitement. Chez un malade du professeur Robert, au Val-de-Grâce, un angiome kystique de la base du cou fut traité pendant plus d'un an ; de plus cette, méthode n'est pas aussi indolore qu'on l'a bien voulu dire ; la douleur apparaît surtout au moment de la fermeture et de la rupture du courant, mais persiste encore pendant toute la durée de l'opération. D'ailleurs, il ne faut pas demander l'impossible à cette méthode, si elle arrête les progrès des angiomes, si elle les fait rétrograder, elle ne ramène cependant pas à l'intégrité absolue. Elle est même parfois sans aucun effet, la tumeur ne subissant aucune diminution, malgré une application patiente et méthodique.

L'Igniponcture, à son tour, constitue une intervention simple, n'exigeant pas toujours l'anesthésie et donnant souvent des succès. Nous en rapportons un, puisé dans le travail de Gazel (1) : un angiome profond de la

(1) Th. de Montpellier, 1893.

région sous-maxillaire, traité par le galvanocautère, guérit en six séances.

Une particularité intéressante de ce cas fut l'apparition d'hémorragies ennuyeuses lors des premières applications de l'anse galvanique. Il faut savoir, en effet, que les angiomes fortement érectiles répondent par des hémorragies sérieuses à l'application du feu. Un autre inconvénient, et non des moindres, de ce procédé, c'est de laisser au cou des cicatrices très visibles ; et puis, il faut le répéter souvent et surveiller avec soin les escharres pour prévenir les suppurations graves ou étendues ; si bien qu'en somme, là où nos prédécesseurs trouvaient un abri relatif contre l'hémorragie et les complications des plaies, nous ne voyons plus guère aujourd'hui que des inconvénients : cicatrices difformes, escharres et leur suite, inflammations quelquefois mortelles.

Qu'il nous soit permis de faire remarquer, en plus, combien l'action du feu est aveugle et peut nuire aux organes si importants et si nombreux de la région cervicale. Si pareille intervention avait été tentée chez le malade d'Israel, non seulement le sympathique eût été touché, mais encore avec lui la jugulaire, la carotide et le nerf vague, refoulés en avant par l'angiome, le désastre était certain. Et l'électrolyse est passible du même reproche, bien qu'à un moindre degré. En résumé, l'igniponcture et l'électrolyse présentent, à côté de quelques avantages indéniables, des inconvénients nombreux dont le moindre est la lenteur du traitement ; ce n'est pas à dire, toutefois, qu'il ne faille jamais y avoir recours. Nous venons de voir que ces deux procédés pouvaient être d'une grande utilité, à la suite des extirpations incomplètes, pour activer la régression des parties non enlevées du tissu

caverneux. Mais il est une autre circonstance où l'électrolyse peut encore rendre des services, c'est chez les tous jeunes enfants ; on doit redouter chez ces sujets les conséquences d'une spoliation sanguine. Il ne faut pas toutefois pousser cette crainte trop loin, car plusieurs fois l'extirpation fut suivie de guérison, et il est même à remarquer que, dans les cas malheureux, la mort fut le fait de complications septiques plus que de choc opératoire ; or, nous sommes aujourd'hui à l'abri de l'infection.

Néanmoins, nous pensons qu'il est préférable de retarder le plus possible l'époque de l'opération chez les enfants en bas âge, et c'est dans ces cas que l'électrolyse, en ralentissant la marche de l'affection, permettra d'attendre le moment favorable pour une intervention plus radicale.

Nous osons à peine parler du procédé qui consiste à injecter un liquide coagulant au sein de la tumeur. Cette pratique est jugée depuis longtemps et ce n'est pas sans surprise que nous la voyons utilisée récemment par M. Tuffier, pour un angiome pulsatile de la région carotidienne.

Il est vrai qu'il combina l'injection à la ligature de la carotide externe, après s'être préalablement assuré que la compression de ce vaisseau supprimait les battements dans la tumeur. Mais malgré l'excellent résultat qu'il obtint, malgré les nombreux succès de ce genre contenus dans la science, les dangers de cette méthode n'en demeurent pas moins réels. Les embolies par insuffisante cohésion du caillot, les escharres et les suppurations, même avec l'antisepsie, ont fait payer trop chèrement des guérisons d'ailleurs indiscutables.

En résumé, de tous les moyens que la thérapeutique chirurgicale peut mettre en œuvre, l'angiectomie totale ou

partielle nous paraît être l'intervention de choix ; du fait de son innocuité, de son efficacité quasi constante, et aussi de l'avantage incomparable qu'elle possède sur les méthodes aveugles, en ce qu'elle permet de ménager au maximum les organes si importants de la région cervicale. Il faut s'attendre avec elle à des difficultés opératoires tenant surtout à l'hémorragie, mais ces difficultés, somme toute, se présentent rarement, et l'intervention est le plus souvent assez simple. L'igniponcture et l'électrolyse peuvent être, dans certains cas exceptionnels, des adjuvants utiles, mais pas autre chose. Les injections coagulantes sont à rejeter.

OBSERVATIONS

Nous partagerons nos observations en deux groupes. Le 1er comprendra toutes les tumeurs dont la nature est insdicutable. Dans le deuxième nous rangerons les cas où le contrôle anatomique fait défaut.

1er Groupe

Observation I, personnelle. Due à l'obligeance de M. le Docteur Potel..

Angiôme pseudo-kystique développé le long de la jugulaire interne chez un enfant de 15 ans.

Cet enfant présentait depuis très longtemps, au-dessous de la mastoïde gauche, une petite tumeur profonde, grosse comme un noyau de cerise.

Il y a quelques mois, il fut employé à un travail pénible pour son âge, qui consistait à charger à la pelle des graviers sur un chariot et d'aller décharger ces mêmes graviers sur un chemin en réparation.

L'enfant fit de nombreux efforts et il vit sa tumeur s'accroître si rapidement qu'en l'espace de trois mois elle avait acquis le volume d'un gros œuf de poule. Cette tumeur siège directement sous l'apophyse mastoïde gauche. Sa parie supérieure est recouverte en avant par le sterno-cleïdo-mastoïdien ; sa partie inférieure et postérieure est plus accessible. Elle adhère profondément à tous les tissus voisins. La peau n'a subi aucune modification. La tumeur est bien nettement fluctuante. Elle présentait, au début, tellement les caractères d'une adénite tuberculeuse suppurée, que le médecin fit à la pointe du bistouri une petite ponction pour évacuer la poche. Au lieu de pus, ce fut du sang qui sortit, mais avec une telle force, qu'il jaillit à plus d'un mètre de distance.

La poche s'affaissa et la petite plaie cutanée se ferma assez simplement. Mais, deux jours après, la tumeur se remplissait et bientôt reprenait tous les caractères qu'elle avait avant la ponction.

Le malade me fut alors adressé.

La tumeur avait repris l'aspect décrit plus haut. Elle n'était animée ni de battements, ni d'expansion. La pression, même continue, n'amenait aucune réduction de la poche sanguine, la pression était d'ailleurs très désagréable au malade et lui occasionnait un malaise difficile à définir. L'auscultation de la poche ne permettait d'entendre ni souffle, ni aucun bruit pathologique.

Opération. — Incision de huit centimètres le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Le muscle est décollé et refoulé en avant à l'aide d'un écarteur de Farabeuf. Je dissèque aussi loin que possible les faces antérieures et postérieures. J'aborde ensuite le pôle inférieur; dès que je soulève la tumeur, je peux me rendre compte qu'elle adhère intimement tout le long de la jugulaire interne, et pour rendre ma dissection moins périlleuse, je ponctionne la poche pour la vider. Un jet de sang noir jaillit à plus d'un mètre, puis la poche s'affaisse, ne donnant plus qu'un mince écoulement noirâtre.

Je puis maintenant disséquer la tumeur, et la séparer de la jugulaire interne sur une longueur d'au moins sept centimètres. Quelques veinules sont percées et liées. Mais en poursuivant la dissection le long de la jugulaire, je suis entraîné en dedans de l'apophyse mastoïde, jusqu'à la base du crâne. Les adhérences devenant plus résistantes et craignant qu'une traction ne déchire la jugulaire à ce niveau, je place sur le pédicule, en ayant soin de ne pas intéresser la veine, une pince de Kocher que je remplace par une ligature. La poche est ensuite extirpée d'un coup de ciseau. La place est draînée et suturée.

La guérison se fit par première intention. Le malade retournait dans sa famille dix jours après l'intervention.

La poche ainsi enlevée a le volume d'un œuf de dinde. La paroi, épaisse d'un millimètre, est résistante. L'intérieur de la poche est sillonnée de travées fibreuses, circonscrivant des alvéoles largement ouverts, et rappelle de façon remarquable la face interne des oreillettes.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le docteur Gellé. Et voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

« L'étude microscopique de l'angiome peut être divisée en deux parties, ainsi qu'en témoigne l'examen des coupes. 1° Une région interne, en rapport direct avec la grande cavité kystique ; 2° Une région externe faisant suite insensiblement à la première, et se confondant d'autre part avec le tissu conjonctif périphérique.

Lorsque l'on examine la première région, qui n'est autre, en somme, que la paroi de la cavité du pseudo-kyste, on voit que celle-ci est formée par une grande nappe de tissu conjonctif adulte. Tissu formé de fibres et de fibrilles qui s'intriquent en tous sens, et possédant, par places, des éléments cellulaires à noyaux allongés.

En certains points, mais rarement dans ce tissu fibreux, on trouve quelques vaisseaux sanguins et quelques lymphatiques. Les vaisseaux sanguins sont de petit calibre, ressemblent à des capillaires légèrement dilatés. Les lymphatiques, par contre, sont plus développés et possèdent dans leur lumière un réseau de fibrine, mais sans aucun élément cellulaire. La région qui limite la cavité est formée de fibres conjonctives plus denses et dirigées tangentiellement au kyste.

A ces fibres, viennent s'accoler directement des hématies. Il ne nous a pas été permis de déceler en toute cette région trace de cellules endothéliales pouvant ici faire songer à un vaisseau considérablement dilaté.

L'étude de la deuxième région ou partie interstitielle de la tumeur est beaucoup plus intéressante, car elle montre, en quelque sorte, l'évolution de la tumeur. En petits pelotons, en nombre de 7 à 12, les vaisseaux sanguins forment des petits groupes isolés les uns des autres par des fibrilles conjonctives qui s'entrecroisent, se développent et s'interposent entre eux.

Tous ne sont pas du même calibre, et si parfois, dans un même groupe, chaque vaisseau présente un développement analogue à celui des vaisseaux qui l'entourent, on rencontre dans d'autres groupements toutes les dimensions

vasculaires que l'on constate dans les tumeurs télangiectasiques. A côté de petits vaisseaux de la dimension d'un capillaire, on en rencontre d'autres présentant 30, 60 et même 300 μ de diamètre. D'autres enfin sont beaucoup plus considérables et forment une traînée de plus de un millimètre de largeur sur 3 millimètres de longueur, nettement visibles à l'œil nu, surtout sur des coupes colorées (hématoxiline Von Giesen par exemple) où le sang apparaît en jaune clair sur le fond rouge du tissu conjonctif environnant.

Un point intéressant réside dans l'étude de la structure de ces vaisseaux. Dans les tout petits vaisseaux de la tumeur, l'endothélium apparaît très net, haut et presque cubique ; mais dans d'autres plus dilatés, l'endothélium est déjà plus aplati, et l'on a peine à voir, tout autour d'un noyau allongé et comme étiré, une petite couronne de protoplasme, qui, peu à peu, s'effile et vient s'accoler aux fibrilles conjonctives environnantes.

Puis, dans certaines cavités très dilatées, qui ont au moins 300 à 500 μ de diamètre, il est parfois difficile de retrouver des cellules endothéliales ; cependant, celles-ci existent encore, mais il est à peu près impossible de les suivre sur toute la continuité du vaisseau dilaté.

Enfin, les grandes poches visibles à l'œil nu ne possèdent d'endothélium que par endroits ; dans d'autres, ces poches sont bordées uniquement par du tissu conjonctif lamelleux, qui envoie même des éperons dans l'intérieur de la cavité.

Si maintenant, l'on examine les parois de ces vaisseaux, on peut voir qu'elles sont constituées uniquement par du tissu conjonctif qui se dispose concentriquement autour de l'endothélium, Nulle part des fibres musculaires, pas plus qu'un réseau continu de fibres élastiques. Ce tissu conjonctif, qui est un peu plus dense du côté de l'endothélium, devient de plus en plus lâche à mesure qu'on s'éloigne du vaisseau, pour se confondre alors avec le tissu conjonctif qui forme le stroma de la tumeur.

Dans les endroits où se trouvent les tout petits vaisseaux, le stroma est formé par des éléments cellulaires jeunes, composés de fibrilles conjonctives lâches dans les mailles

desquelles se trouvent une infinité de cellules embryonnaires rondes. Là, on rencontre également des capillaires véritables, dont quelques-uns ont à peine 10 μ de diamètre.

Signalons que par places, et notamment dans le voisinage des grandes cavités angiomateuses, dans un tissu conjonctif jeune formé de quelques cellules et de quelques fines fibrilles (comparable à un véritable tissu réticulé), on constate une infiltration sanguine, une hémorragie interstitielle, qui achève de dissocier le tissu conjonctif.

De ce coup d'œil jeté sur les différentes parties qui constituent la deuxième région de l'angiome, retenons ceci : que l'endothélium, haut et presque cubique dans les tout petits vaisseaux, devient de plus en plus plat à mesure que l'on examine des cavités plus grandes de l'angiome, pour disparaître à peu près complètement dans les grandes poches visibles à l'œil nu, et que, pour ces dernières cavités, la paroi est presque uniquement formée de tissu conjonctif, qui envoie même des éperons dans la cavité du vaisseau.

Nous pouvons expliquer ce phénomème de la façon suivante :

Dans certains endroits où le stroma est embryonnaire, où, par conséquent, la prolifération est la plus active, les capillaires, qui n'ont de parois que le stroma lui-même doublé de l'endothélium, se laissent dilater sous l'influence d'une pression minime, et l'aplatissement des cellules endothéliales témoigne de cette distension. Puis, à un moment donné, leurs parois fragiles cèdent, se rompent et donnent issue au sang, qui refoule devant lui le tissu conjonctif jeune ; celui-ci se condense, devient adulte et forme les travées fibreuses circonscrivant les alvéoles.

A leur tour, ces alvéoles, placés au contact les uns des autres, voient leurs parois s'accoler, se fusionner, puis se résorber en certains points par distension et usure réciproques ; et ainsi, plusieurs cavités communiquant entre elles arrivent bientôt à ne plus former qu'une grande lacune à contour irrégulier. Les éperons que nous avons

signalés ne sont autre chose que les vestiges des parois d'alvéoles primitivement distincts.

Et ainsi, par la réunion d'alvéoles de plus en plus nombreux, se constituent des lacunes de plus en plus grandes et il est évident que le grand kyste situé au centre de l'angiome ne reconnaît pas une autre pathogénie ».

Dès qu'il eut pris connaissance de nos coupes, M. le Professeur CURTIS nous fit remarquer que l'aspect des vaisseaux contenus dans la paroi du pseudo-kyste différait absolument de celui que l'on a coutume de rencontrer dans les angiomes. En effet, s'il y a, çà et là, quelques petits vaisseaux dont les traits sont ceux des capillaires normaux, si, lorsque l'on examine d'autres vaisseaux plus dilatés, on voit autour de l'endothélium le tissu conjonctif devenir un peu plus dense qu'il ne l'est dans le stroma de la tumeur, nulle part il n'est possible de rencontrer un de ces capillaires « hyperplasiques », comme dit VIRCHOW, avec sa paroi épaissie, son double contour des plus manifeste, son adventice fibreuse condensée et à plusieurs strates.

Aussi, M. le Professeur CURTIS était-il enclin à considérer la plupart des vaisseaux de la tumeur, non comme des capillaires, mais plutôt comme des veinules, et à faire de ce néoplasme un angiome veineux anatomiquement.

Hâtons-nous de dire que cette manière de voir paraît tout à fait en harmonie avec ce que nous connaissons de la marche et de la physionomie cliniques de la tumeur, deux points sur lesquels nous désirons attirer davantage l'attention.

En lisant notre observation, on est frappé de l'accroissement ultra-rapide qu'a pris cet angiome.

Dans l'espace de trois mois, cette tumeur, qui présentait au début le volume d'une lentille, atteignait bientôt celui d'un gros œuf de poule, et cela, au milieu de circonstances bien déterminées.

En effet, c'est à partir du moment où le sujet, garçon de 15 ans, commence à travailler et à faire des efforts répétés,

qu'il voit sa tumeur grossir en quelque sorte à vue d'œil.

Il y a, évidemment, une relation directe entre ces deux phénomènes, mais quelle est-elle ?

Sous l'influence de l'effort, la tension sanguine de la tête et du cou s'élève, mais surtout la tension veineuse, le sang arrêté dans les gros troncs, ou même refoulé, acquiert une pression fort grande, à chaque fois que le sujet accomplissait un effort, il en résultait donc une entrave à la circulation en retour dans les vaisseaux tortueux de l'angiome, et par suite, une augmentation de pression à leur intérieur. Mais, en raison même de leur situation particulière dans le réseau vasculaire, aux confins des radicules veineuses du cou, on conçoit que ces vaisseaux aient été éminemment prédisposés à subir immédiatement le contre-coup de l'hypertension veineuse, et cette considération nous explique sans doute pourquoi leurs parois fragiles ont subi si rapidement la distension, l'ectasie, puis la rupture, pourquoi, en un mot, cet angiome a pu prendre en peu de temps un accroissement considérable par le mécanisme que nous a révélé l'étude histologique.

Nous n'allons pas jusqu'à prétendre que le sang refluait, au début, dans les aréoles dilatées de la tumeur, car un tel phénomène aurait supposé l'existence de communications larges avec les grosses veines, communications que l'opération n'a pas démontrées ; la seule augmentation de tension suffit d'ailleurs à tout expliquer. Encore, ne peut-on s'empêcher de faire remarquer que l'apport de sang artériel ne semble pas avoir augmenté dans les mêmes proportions que n'a fait la tumeur elle-même ; en effet, celle-ci n'a jamais été le siège de battements, ni de souffles, et à l'opération, aucun jet artériel ne s'échappait.

Mais un point qui paraît hors de doute, c'est que, déjà au moment où le sujet consulta son médecin, la grande poche centrale de la tumeur, qui constituait à elle seule les deux tiers de la masse totale, se remplissait par une ou plusieurs veines, non par des artères, et nous allons dire pourquoi.

On a pu voir qu'à côté de son accroissement, de rapidité

insolite, la tumeur présentait une autre particularité singulière et que nous ne trouvons signalée nulle part ailleurs ; nous voulons parler de l'extraordinaire tension que possédait la grande poche centrale.

Lorsqu'une première fois le médecin ponctionna ce kyste à la pointe du bistouri, le sang veineux jaillit à plusieurs pieds de distance et de même, lorsque M. Potel incisa quelques jours après cette même poche, le sang fut encore projeté avec violence sur les murs de la salle d'opération. Mais, chose remarquable, aussitôt vidée de son contenu, cette poche s'affaisse et demeure affaissée pendant un temps assez long, puisque lors de la première intervention, la tumeur mit deux jours à récupérer son volume primitif. Il faut bien admettre, dès lors, que le sang n'y accédait que par des voies extrêmement minimes.

Or, dans le cours de l'opération, M. Potel observa ce fait intéressant : Dès qu'il eût incisé la poche et qu'il eût mis à découvert la face interne du kyste, il put se rendre compte que celle-ci n'était en aucun point le siège d'une hémorragie en nappe, mais par contre, il vit très distinctement couler dans la cavité du sang très noir provenant d'un point situé au pôle supérieur de la tumeur.

Ce phénomène lui parut intéressant ; mais, redoutant pour le malade l'entrée de l'air dans une veine, il ne prolongea pas l'expérience davantage.

Remarquons, d'ailleurs, que jamais la tension artérielle n'aurait pu atteindre la tension du pseudo-kyste et que celle-ci était à son tour bien supérieure à la tension veineuse normale du cou.

D'un autre côté, il faut bien admettre que le sang déversé goutte à goutte dans la cavité de cette poche veineuse n'en devait plus sortir par aucun point, car si petite qu'eût été la fuite, jamais, étant donnée l'exiguïté des voies afférentes, la pression n'aurait atteint le degré que nous connaissons.. Mais il fallait encore que l'abouchement de la ou des veinules afférentes fut disposé de telle manière que le sang arrivé dans le kyste par cette voie ne put refluer par elle.

Dès lors, les choses devaient se passer de la façon suivante : Le sang veineux pénétrait dans le kyste jusqu'au moment où la tension avait pris dans son intérieur, une valeur égale à celle des veines de la région, pour ne plus y refluer ensuite que pendant l'effort ; à ce moment, la ou les veinules déversaient encore dans le kyste le trop plein de leur contenu, à peu près comme l'uretère déverse encore l'urine dans une vessie déjà distendue.

Il ne nous paraît pas possible d'expliquer autrement la tension véritablement étonnante qu'avaient à supporter les parois du kyste, seule la tension veineuse au moment de l'effort pouvant atteindre un degré aussi élevé.

Observation II. Eliot "*Annals of Surgery 1903*".

Le docteur Eliot présente un homme de 33 ans, chez lequel il avait enlevé, en 1885, un petit angiome de la région sous-maxillaire gauche.

Le malade demeura sans récidive pendant cinq années ; mais au bout de ce temps, il vit apparaître, un peu au-dessus et en arrière de l'ancienne cicatrice, une petite grosseur du volume d'une noisette environ. Celle-ci demeura stationaire pendant cinq nouvelles années, puis se mit à croître progressivement, si bien qu'elle atteignit le volume d'une grappe de raisin.

A deux reprises différentes, il y a six semaines, la tumeur devint dure et incompressible, cependant que la région des amygdales était le siège d'une inflammation aiguë. En même temps, les pulsations qui existaint auparavant disparurent.

Au bout de quelques jours, en même temps que cédèrent ces symtômes inflammatoires, la tumeur redevint souple, élastique et animée de pulsations.

A l'examen, on remarque sur le côté gauche du cou, un gonflement arrondi, ovale, sans changement de coloration à la peau, et qui s'étend en largeur depuis l'os hyoïde jusque dans la région rétro-auriculaire et en hauteur

depuis l'arcade zygomatique jusqu'à deux pouces de l'articulation sterno-claviculaire.

On constate, de plus, des battements très accentués, de l'expansion et un bruit intense localisé au pôle supérieur de la tumeur.

La pression exercée sur la carotide au-dessous du néoplasme fait cesser les battements et le bruit, et on constate en même temps que la tumeur diminue un peu de volume, moins toutefois que lorsqu'on la comprime directement. Lorsqu'on examine la région amygdalienne, on constate que la muqueuse est légèrement refoulée dans la cavité du pharynx. L'état général du sujet est excellent. Opération. Gaz et anesthésie à l'éther.

Un incision menée le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien s'étend depuis l'articulation sterno-claviculaire jusque par-dessus l'arcade zygomatique, en s'incurvant légèrement au niveau de la portion proéminente de la masse.

On approfondit l'incision vers le bas, pour découvrir la carotide primitive, sur laquelle on place, mais sans la serrer, une ligature d'attente. L'artère est une fois et demie plus grosse qu'à l'état normal.

On se met alors en devoir d'énucléer la tumeur graduellement de bas en haut et latéralement ; ses communications avec la jugulaire externe et la veine temporo-maxillaire, ainsi qu'avec l'artère carotide externe, sont divisées entre deux ligatures. L'artère la plus grosse rencontrée avait à peu près le calibre d'une radiale.

Après l'extirpation de la tumeur et la ligature de tous les points saignants, la carotide externe fut recherchée au niveau de la fosse zygomatique et liée au-dessus, afin de diminuer les chances de récidive du néoplasme. Sur une distance de plusieurs pouces, cette artère était en rapport intime avec la face profonde de la tumeur.

La plaie fut suturée par des points de soie séparés et pansée aseptiquement. A la fin de l'opération, l'état général du patient était excellent.

La guérison se poursuivit sans incidents. La plus grande partie de la plaie se cicatrisa « per primam », mais, vers

son centre, persista pendant plusieurs semaines une fistule salivaire, qui se ferma spontanément. Pas de récidive depuis.

La masse enlevée était un angiome du type caverneux.

La plus large caverne vasculaire était située au centre de la tumeur et avait les dimensions d'un citron. Il y avait, de plus, un grand nombre de cavités plus petites, réparties dans tout le tissu de la tumeur.

Observation III, due à l'obligeance de M. le Médecin-Major Vignal.

Angiôme caverneux avec formation de kystes séreux, dans un ganglion lymphatique pré-carotidien (journal de médecine de Bordeaux, 1900. p. 661).

Ce jeune soldat entre à l'hôpital de Tarbes le 8 juin 1900, pour une tumeur datant de quatre mois, et présentant le volume d'un œuf de pigeon, située à la limite inférieure de la région parotidienne droite. Le développement a été progressif, absolument indolore, sans aucun trouble de la santé générale. Le malade éprouvait seulement la sensation d'un corps étranger devenant de plus en plus gênant. Antécédents héréditaires et personnels : néant. Pas de gourmes dans l'enfance ni d'affections cutanées. Aucun autre ganglion n'est induré. Le canal de Sténon est normal et perméable.

« La tumeur, nettement délimitable du côté de la glande parotide, se perdait dans la profondeur à sa partie inférieure, se prolongeant du côté du paquet vasculo-nerveux du cou. La palpation permettait de sentir nettement deux zones dans ce néoplasme, qui donnait la sensation d'un bissac : l'une supérieure, dure, arrondie, sans bosselures ; l'autre inférieure, molle, très fluctuante.

Une ponction exploratrice, faite avec une seringue de Pravaz dans la portion fluctuante retire un liquide incolore, un peu filant, visqueux, qui semblait être de la salive (cette hypothèse était suggérée par le voisinage de

la parotide). La ponction donna un coup de fouet à l'évolution de la partie molle, qui, en quinze jours, doubla de volume.

Aucun mouvement d'expansion, aucun battement n'a été noté.

Extraction le 23 juin 1900. — L'énucléation est facile du côté de la parotide, qui n'est pas mise à nu. Il n'en est pas de même dans la profondeur où des adhérences serrées réunissent la tumeur aux vaisseaux de la région, et une dissection minutieuse, à petits coups de sonde cannelée, permet seule de libérer le néoplasme des jugulaires et des carotides.

Après extraction, la tumeur présente deux parties d'aspect différent : l'une supérieure, dure ; l'autre inférieure, irrégulière, bosselée, formée par des kystes à contenu citrin ; entre les deux, on voyait affleurer des kystes à contenu sanguinolent ; on crut, qu'au cours de l'opération du sang avait pénétré par effraction dans l'intérieur de quelques-unes de ces poches et donné ainsi une coloration rougeâtre au liquide qu'elles contenaient.

Examen histologique. — Aucun diagnostic ferme ne pouvant être porté, la tumeur, placée dans l'alcool à 95°, fut adressée au laboratoire de l'hôpital militaire de Bordeaux pour y être soumise à l'examen microscopique.

Cette tumeur paraissait nettement encapsulée ; sa coloration était uniformément brunâtre et ne permettait pas de différencier à l'œil nu les particularités constatées à l'état frais.

Une section verticale de la pièce, après fixation, permettait de se rendre compte macroscopiquement que la tumeur était formée en majeure partie par des cavités remplies de sang et circonscrites par des travées fibreuses ; on y constatait, de plus, à la périphérie, un croissant de substance blanche, homogène, consistante, faisant contraste avec la coloration rougeâtre des parties voisines. L'étude des coupes, colorées par le picro-carmin, l'hématoxiline,

l'éosine et la thionine, seules ou associées, ne laisse pas la moindre hésitation sur la nature du néoplasme. L'existence de poches sanguines, limitées par des travées fibreuses, denses, circonscrivant des alvéoles communiquant entre eux, comme dans le carcinome, et littéralement bourrées de globules rouges intacts, serrés les uns contre les autres, formant une sorte de mosaïque, est la caractéristique d'un angiome caverneux, autrement dit d'un fungus hématode. Comme c'est la règle dans ce genre de tumeurs, il y a peu de globules blancs, on peut les compter facilement après action des matières colorantes basiques ; ils ne se trouvent pas en général le long des cloisons, ce qui indique une circulation active. Cependant, en certains points, le courant sanguin devait être peu rapide et même complètement suspendu, car on remarquait sur la pièce fraîche, et on constate sur les coupes, des poches remplies de liquide séreux. Cette particularité, déjà signalée par Holmes Cootes dans les angiomes, s'explique par l'isolement d'un bourgeon vasculaire, par la pression excentrique exercée sur quelques poches sanguines qui ne peuvent plus communiquer dès lors avec les cavités voisines, et par les métamorphoses que subit le sang dans leur intérieur. Sur les coupes, on peut saisir cette transformation progressive.

A côté des cavités bourrées de sang en nature, à côté des kystes séreux remplis d'une substance grenue, se colorant mal, sans la moindre trace de structure anatomique, on aperçoit des alvéoles contenant simultanément des leucocytes agglomérés en amas, des globules rouges encore intacts et des granulations.

Cette substance granuleuse provient de la dégénérescence des hématies, car elle présente les mêmes affinités colorantes que l'hémoglobine.

La nature de la tumeur étant connue, il importait de déterminer dans quel organe elle s'était développée. L'étude de la pièce montre que le croissant de substance blanche qui coiffait l'un des pôles de la tumeur et qui apparaît si fortement teinté sur les coupes est le reliquat d'un ganglion lymphatique détruit par l'angiome. Les follicules et les

cordons folliculaires, le système caverneux sont des plus nets.

Le diagnostic est donc : Angiome caverneux avec formation de kyste séreux dans un ganglion lymphatique. Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres : en premier lieu, c'est la seule, du moins à notre connaissance, où la tumeur sanguine se soit localisée en quelque sorte dans un ganglion lymphatique.

L'angiome caverneux se développe habituellement dans le foie, la rate, les reins, le derme et le tissu cellulaire sous-cutané, etc.

« L'accord n'est pas unanime sur la nature essentielle de cette néoplasie. Pour les uns, ce serait une tumeur bénigne, pour Rokytansky, J. Müller et beaucoup d'autres, ce serait, au contraire, une tumeur maligne.

Notre cas semble donner raison à la seconde théorie à cause de l'envahissement secondaire des voies lymphatiques ; toutefois, il va à l'encontre de la pathogénie émise par Rokytansky. Pour cet auteur, la formation des alvéoles serait primitive ; leur communication avec les vaisseaux sanguins, c'est-à-dire l'irruption du sang dans les cavités nouvellement formées, serait secondaire.

Or, sur nos coupes, on peut voir que dans les parties où la prolifération paraît la plus active, les vaisseaux ont des parois embryonnaires qui témoignent de leur friabilité et de leur récente formation. Il semble donc plus plausible d'admettre que ces vaisseaux à parois fragiles se rompent et donnent issue au sang qui refoule devant lui le tissu conjonctif jeune ; celui-ci se condense, devient adulte et forme les travées fibreuses circonscrivant les alvéoles.

L'état embryonnaire si prononcé des néocapillaires nous avait porté à penser (avant que nous ayons eu connaissance de l'observation clinique) qu'il s'agissait d'un ganglion sarcomateux avec formation de kystes sanguins, bien que le sarcome n'aime pas les voies lymphatiques et se propage presque exclusivement par les capillaires de la circulation générale.

Quoi qu'il en soit, si nos déductions sont exactes, si l'extirpation de la tumeur n'a pas été complète, la récidive est à craindre. Le pronostic paraît donc devoir être réservé.

Observation IV. — Thèse de Montpellier 1897, par S. Constantinoff, n° 72, observation prise dans le service de M. le Professeur Forgue.

Angiome caverneux congénital de la région carotidienne.

X..., 24 ans, cultivateur à Mauguio (Hérault), entre, le 10 mai 1897, dans le service de M. le professeur Forgue, à l'hôpital suburbain, salle Delpech, n° 10.

Pas d'antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels : rougeole dans l'enfance et quelques légères atteintes de paludisme. Le jeune homme entre à l'hôpital pour une tumeur dans la région carotidienne gauche.

Cette tumeur s'est montrée à l'âge de 3 mois, comme une lentille, de coloration bleuâtre, siégeant en arrière de l'angle de la mâchoire. Elle s'est développée progressivement en restant toujours indolente. Certaines influences y déterminaient de brusques et passagères augmentations de volume. Quand le malade inclinait la tête en avant la tumeur grossissait et se tendait ; pendant l'hiver la tumeur paraissait revenir en elle-même ; elle se dilatait, au contraire, pendant la saison chaude. L'effort ne paraissait pas l'influencer, et elle n'entraînait aucun trouble fonctionnel. Son évolution n'a présenté qu'un incident : vers l'âge de 8 ans, il s'est formé à son niveau un abcès qui aurait atteint le volume d'une pomme, et qui a été ouvert par un médecin ; il en est sorti du pus normal sans mélange de sang. Cet abcès, qui fut probablement sous-cutané, a guéri en 40 jours.

A l'entrée du malade à l'hôpital (10 mai), on constate, dans la partie supérieure de la région carotidienne gauche, une tumeur mollasse, facilement réductible, qui mesure 10 centimètres dans son grand axe vertical sur 4 centimètres de largeur.

Elle est à peu près fusiforme, son volume à l'état ordinaire est celui d'un œuf de dinde ; mais il varie avec l'attitude du sujet. Quand la tête est penchée en avant, la tumeur se gonfle, se tend et augmente de plus d'un tiers de son volume. On reconnaît là les caractères d'une tumeur vasculaire communiquant avec le système veineux du cou. La palpation donne, d'ailleurs, la sensation caractéristique de paquets de vers, de pelotons de ficelle, que l'on décrit dans les angiomes.

La peau qui recouvre la tumeur présente des points bleuâtres saillants, correspondant à des dilatations veineuses superficielles ; elle offre un aspect chagriné dû à l'alternance de ces saillies avec des points déprimés. On y voit aussi la cicatrice laissée par l'ouverture de l'abcès que nous avons mentionné. Il n'y a pas de battements, ni de souffle ; pas de vertiges, ni de bourdonnements d'oreilles.

L'opération, indiquée par les progrès de la tumeur, est pratiquée, le 13 mai 1897. Anesthésie à l'éther. Une incision curviligne de 15 centimètres aborde la tumeur par son bord postérieur. M. Forgue se décide à ce procédé, pour éviter de se porter immédiatement en pleine masse vasculaire ; grâce à cette incision, il ouvre la gaîne du sterno-mastoïdien, se tient en plein muscle, et, après avoir mobilisé la tumeur en arrière, incise le feuillet profond de la même gaîne. Grâce à cette dissection à distance, en plein muscle, l'hémorragie a pu être diminuée ; mais, quand on veut poursuivre la dissection profonde, elle commence avec une intensité et une multiplicité de points saignants qui obligent à placer un grand nombre de pinces, à ne donner un coup de ciseaux qu'après un coup de tampon. C'est surtout quand on veut libérer la région supérieure, vers le bord antérieur des insertions sterno-mastoïdiennes, que l'hémorragie devient particulièrement abondante, due à des masses lacunaires veineuses siégeant au niveau des branches occipitales.

La dissection est alors poursuivie vers le bord antérieur de la tumeur. Ici, encore les ciseaux, tout en rasant le plus près possible la face profonde des téguments, ouvrent

tout un système lacunaire à mailles beaucoup plus fines qu'en arrière, et l'on ne peut avancer que grâce aux coups de pinces étreignant des portions de la masse caverneuse.

On reprend alors la libération de la face profonde par le côté postérieur, qui avait été tamponné pendant quelque temps.

Notons que le tamponnement par spongio-pressure ne donnait point ici ses bons résultats habituels ; dès le tampon supprimé, cette hémorragie en nappe reprenait de plus belle.

Activant l'opération, parce que le malade s'anémiait par cette large perte diffuse, M. Forgue arrive, en tirant fortement en avant le bord postérieur dégagé de la tumeur et la bande musculaire attenante du sterno-mastoïdien, à couder ainsi les vaisseaux profonds, et par ce moyen, à diminuer un peu l'hémorragie. La tumeur ainsi tendue et vidée s'est aplatie, semblable à une éponge pressée, et sa face profonde est assez dégagée pour que l'on puisse glisser sous elle deux longues pinces, opposées par le bout, au-dessus desquelles on excise la portion libérée. Il était temps d'achever ; le malade était très pâle, avait perdu plus d'un litre de sang, et si la dissection avait été poussée avec moins de résolution et de vitesse, il est probable qu'il eût perdu beaucoup plus de sang encore. On laisse à demeure une quarantaine de pinces à forci pressure, grandes et petites ; on ferme en partie la plaie opératoire et on fait un bon pansement compressif.

Le samedi 16 mai, on enlève les pinces ; il ne s'était pas produit d'hémorragie ; on s'aperçoit au premier pansement qu'il persiste, dans la région massétérine, une partie non enlevée de la tumeur ; on renonce à compléter l'opéra- de Paquelin. Les séances se répètent tous les quatre où tion au bistouri, et dès le 22 mai, on met en œuvre l'igni- poncture au thermocautère.

Chaque séance comprend l'application d'une dizaine de pointes de feu enfoncées en pleine tumeur avec la fine lame cinq jours. L'amélioration est rapide en même temps que la plaie opératoire se ferme, la tumeur vasculaire diminue

de volume. Quand le malade quitte l'hôpital, le 30 juin 1897, la partie restante de la tumeur avait diminué de plus de moitié ; la cicatrice, dans sa partie basse, avait encore des points granulants.

Après sa sortie, il revient tous les dix jours, pour subir une application de pointes de feu. Nous le revoyons le 21 juillet 1897 : La région parotidienne et carotidienne haute ne montrent, sous la cicatrice, qu'un tissu scléreux, dur, profond ; sous la lobule de l'oreille seulement, persiste encore une petite saillie mollasse ; c'est la partie non enlevée qui achève de subir, sous l'action de l'igniponcture, sa rétraction, ainsi qu'en témoigne sa prompte diminution.

Observation V. — Ikirmisson. Maladies chirurgicales d'origine congénitale 1898.

Angiome Caverneux de la glande sous-maxillaire.

Le nommé G..., Victor, âgé de vingt ans, entre à l'hôpital Necker, le 17 novembre 1898, pour une tumeur occupant les régions parotidiennes et sous-maxillaire du côté droit. Il raconte qu'à sa naissance ses parents reconnurent la présence d'une grosseur située en avant de l'oreille droite. Elle était du volume d'une noisette, de consistance assez molle, et à ce moment, ne déformait aucunement la face.

A l'âge de trois ans, l'enfant, fut conduit à l'hôpital Sainte-Eugénie, pour cette même grosseur qui avait un peu augmenté de volume.

Vers cette époque et jusqu'à l'âge de douze ans, plusieurs médecins consultés conseillèrent aux parents une intervention chirurgicale ; mais ceux-ci refusèrent et ne firent même suivre à l'enfant aucun traitement.

Dans ces dernières années, le malade dit avoir constaté une influence des saisons. Pendant l'hiver, il y aurait augmentation de volume de la tumeur et diminution pendant l'été. Il existe aussi, depuis la naissance, une petite tumeur située sous la muqueuse linguale, faisant peu saillie et ne causant aucune gêne.

Au mois de février de cette année, ce jeune homme a remarqué qu'il existait, sous le bord de la mâchoire inférieure, dans la région sous-maxillaire droite, un noyau dur, non douloureux à la pression.

En l'espace de deux jours, cette petite tumeur augmenta de volume, au point de devenir grosse comme une mandarine ; puis, elle diminua et conserva le volume qu'elle présente encore actuellement. sans causer jamais au malade aucune douleur. Il entre à l'hôpital pour être débarrassé de cette tumeur, qui déforme la joue.

C'est un garçon très vigoureux, très bien portant, il ne présente aucune affection viscérale. L'attention est uniquement concentrée sur la déformation de la face. Du côté droit, on constate, à la région parotidienne, en avant de l'oreille, une saillie pas très prononcée, mais s'étendant de la racine des cheveux en haut à l'angle de la mâchoire en bas. La peau est saine, mobile ; par la palpation, on sent une tumeur molle, de consistance lipomateuse, non réductible. On reconnaît, à la partie antérieure, une région un peu plus dure, mais mal délimitée. Il semblerait, au dire du malade, que ce soit là le point de départ de la tumeur. Celle-ci est assez nettement délimitée en avant ; en arrière, au contraire, elle disparaît peu à peu en s'enfonçant derrière la mâchoire, dans la région paroditienne.

L'examen au palper n'est pas douloureux ; la pression ne réveille également aucune sensibilité. On ne trouve ni pulsations, ni battements. L'artère temporale est bien à sa place normale et non augmentée de volume. Si cette tumeur présente une certaine mobilité superficielle, elle est intimement adhérente aux parties profondes.

Plus bas, au niveau de la région sous-maxillaire, il existe une seconde tumeur descendant jusqu'à 6 centimètres au-dessous de la symphyse du menton.

Ici encore, la peau est saine et très bien mobile ; mais cette tumeur est de consistance dure et légèrement bosselée. Il existe, à la partie antérieure et supérieure de cette masse, un noyau libre, dur, gros comme un haricot.

La palpation et la pression ne sont pas douloureuses. Il existe une mobilité relative ; mais la tumeur paraît fixée

aux plans profonds. Lorsqu'on cherche à la limiter en dedans, on voit qu'elle contourne le bord inférieur de la mâchoire et se met en rapport avec la face interne du maxillaire inférieur ; en un mot, elle affecte des rapports identiques à ceux de la glande sous-maxillaire elle-même.

A droite également, sur la face dorsale de la langue, il existe des productions papillomateuses multiples, s'étendant jusqu'à la base de l'organe. Un bourgeon plus considérable que les autres se remarque lorsqu'on attire la langue en dehors de la bouche. Ces papillomes n'amènent aucun trouble fonctionnel ; ils ne sont pas ulcérés et ne saignent pas. Le toucher buccal permet de reconnaître la portion interne de la tumeur sous-maxillaire. Le canal de Sténon laisse bien écouler la salive ; il est cathétérisé assez facilement. On note de la gêne dans les mouvements forcés des mâchoires (baillements, etc.). Il n'existe aucun trouble des organes des sens ; aucune parésie des muscles de la face. On ne constate pas d'adénite dans la région du cou, ni dans aucune région.

L'opération est faite le 25 octobre 1898. Incision le long du bord postéro inférieur du maxillaire inférieur. On aborde d'abord la tumeur sous-maxillaire, le tissu sous-cutané à ce niveau est très vasculaire. On arrive à pédiculiser la tumeur, et comme le sang s'écoule en assez grande abondance, on emploie le thermo-cautère. Cependant, en pédiculisant peu à peu la tumeur, on finit par l'enlever en totalité avec la glande sous-maxillaire, avec laquelle elle est intimement fusionnée. La plaie est lavée avec la solution phéniquée forte ; l'hémostase est difficile, on laisse dans la plaie quatre pinces à demeure.

La glande parotide est ensuite mise à nu ; elle est intimement fusionnée avec le néoplasme ; il serait impossible d'enlever celui-ci sans entamer le tissu parotidien. Aussi, se contente-t-on de faire quelques pointes de feu dans la partie inférieure de la glande, dans un point sous-jacent au trajet du nerf facial.

La guérison s'est produite après une suppuration assez abondante. Nous avons revu le malade plus d'un an après,

au commencement de 1900 ; la tumeur sous-maxillaire avait complètement disparu et la tumeur parotidienne s'était notablement affaissée, au point de ne plus laisser qu'une difformité insignifiante.

Ce qui est surtout important dans ce cas particulier, c'est l'examen histologique. Il a été pratiqué par notre collègue M. de Gennes, alors chef de laboratoire à l'hôpital Necker. Voici la note qu'il nous a remise à ce sujet :

Le fragment de tumeur examiné se compose de deux parties : Une blanche homogène, comme encapsulée par la deuxième partie, rouge, flasque et affaissée. Après durcissement, une coupe examinée à un faible grossissement présente deux parties parfaitement distinctes. L'une, qui correspond à la partie blanche de la tumeur, est exclusivement composée de tubes glandulaires parfaitement réguliers, séparés par de fines travées de tissu conjonctif. On voit encore à ce grossissement des vaisseaux volumineux remplis de sang, mais on ne rencontre pas de lacunes sanguines.

A un plus fort grossissement on note tous les détails de structure d'une glande sous maxillaire normale. La partie rouge est composée, à première vue, de gros tractus conjonctifs, fibreux par places, surtout à la périphérie. En certains points, ce sont des fibrilles conjonctives très déliées, entremêlées d'un certain nombre de cellules embryonnaires ; mais presque partout, ce sont de gros tractus fibreux entrecroisés, circonscrivant des loges plus ou moins spacieuses, remplies de globules sanguins. Le plus souvent, on voit des loges vides, mais des globules sanguins disposés le long des parois témoignent de la qualité du contenu.

En dehors de ces éléments, il n'y a rien de particulier à noter.

Si l'on résume l'étude histologique de cette tumeur, on peut dire : loges fibreuses remplies de sang, c'est-à-dire angiome coiffant, pour ainsi dire, la glande sous-maxillaire parfaitement saine, ou tout au moins légèrement vascularisée.

Observation VI. — Opération pratiquée par le Docteur Secheyron.

In thèse de Vivent, Paris 1894, nº 408.

Tumeur érectile congénitale du cou. — Extirpation chez un nouveau-né. — Guérison rapide. — Procédé particulier d'hémostase.

A..., enfant de 15 jours ; père et mère syphilitiques ; syphilis conceptionnelle de la mère, début vers le deuxième ou troisième mois.

Cet enfant est porteur d'une tumeur allongée, longue de 4 à 5 centimètres, large de 3 centimètres environ. Cette tumeur ovalaire est placée sur la partie latérale gauche du cou ; son grand axe est parallèle aux plis cutanés du cou ; sa grosse extrémité est à 2 ou 3 centimètres au-dessus du lobule de l'oreille. Elle fait saillie au-dessus de la peau voisine ; à son niveau, le derme est aminci et d'un rouge violacé. Il est possible de pincer la tumeur dans un large pli de la peau. Grâce à la laxité des tissus de la région, la tumeur peut être pédiculisée, pour ainsi dire. Son volume est alors celui d'une grosse prune, sa consistance molle rappelle celle du lipome.

La pression ne peut faire disparaître la tumeur, elle ne peut que la diminuer. La tumeur n'est pas animée de battements et paraît sans rapport avec les parties profondes.

Elle augmente et devient turgescente, violacée, sous l'influence des cris. Dans les premiers jours de la vie, la tumeur augmente ; les parents, inquiets, demandent son ablation. L'enfant, allaité par sa mère, est vigoureux. L'opération est décidée. Il est possible de pratiquer l'extirpation de la tumeur surtout grâce à sa facile pédiculisation. Son siège particulier me suggère un procédé facile d'hémostase préventive. Afin d'éviter l'action constrictive des pinces sur la peau, très mince, et aussi afin de faciliter la pédiculisation de la tumeur, qui est rendue difficile par l'épaisseur des branches des pinces, j'ai recours à la ligature en chaîne du pédicule.

Quatre points de catgut sont ainsi passés à la partie inférieure de la tumeur qu'ils enserrent étroitement. Au-dessus de la ligature, la tumeur devient dure, turgescente. A petits coups de ciseau, la tumeur est détachée ; mais un point de la chaîne cède, grâce à son élasticité, la peau du pédicule se dérobe à l'extrémité antérieure de la chaîne. Une hémorragie en nappe se produit, une petite artériole nécessite une ligature.

Des crins de Florence unissent les lèvres de la plaie.

Les sutures sont multiples, tous les points de la chaîne sont sectionnés à l'exception d'un, qui échappe.

L'opération doit se terminer rapidement. L'enfant est pâle, par suite de l'hémorragie du début de l'opération.

Il a perdu, en quelques instants, une quantité de sang suffisante pour tacher fortement un linge. Le pansement est rapidement fait et l'enfant donné au sein de sa mère.

Un pansement au salol fut fait chaque deux jours. Il y eut une réunion par première intention, sauf en un point. Au centre de la ligne d'union, un petit point de la grandeur d'une lentille se sphacèle. Ce sphacèle fut déterminé sans doute par la constriction du point qui avait échappé au moment du premier pansement et qui avait étranglé les tissus.

L'enfant reprit le soir même de l'opération sa vigueur, sa coloration rosée ; et bien que né de parents syphilitiques et opéré au moment où apparaissent les premiers accidents spécifiques chez les nouveaux-nés, le petit malade a supporté l'opération d'une manière parfaite. La guérison fut obtenue en trois pansements.

De la tumeur, il n'existe plus qu'une ligne légèrement saillante, qui s'effacera certainement avec l'âge.

Observation VII. — Thèse de Gazel, Montpellier, 1893. (Salle Bayle, service du Professeur Dubreuil).

L..., Charles, commerçant, 32 ans, est entré le 20 avril 1893, salle Bayle, n° 2. C'est un homme petit, mais trapu

et robuste, qui ne présente aucune tare héréditaire ni personnelle.

Il est atteint depuis sa naissance d'un angiome siégeant dans la région sous-maxillaire gauche. La tumeur, à peine visible au début, a progressivement augmenté de volume. Dans le courant de ces dernières années, elle est devenue assez volumineuse et est sillonnée de grosses veines bleuâtres, menaçant de se perforer.

Il y a trois mois, l'une de ces dilatations veineuses s'est fortement accrue, a pointé vers l'extérieur et s'est ulcérée à plusieurs reprises, en donnant lieu à une hémorragie assez importante et difficile à arrêter. Des hémorragies répétées ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on note un angiome typique de la région sous-maxillaire gauche, de la grosseur d'un œuf de poule.

Il existe quelques grosses veines menaçant de se rompre.

On tente tout d'abord l'igniponcture. La première séance est faite le 26 avril.

On introduit l'anse de platine rougie du galvano-cautère dans la tumeur en quatre points, principalement là où existent les grosses veines variqueuses. Cette cautérisation, peu douloureuse, est suivie d'une hémorragie assez abondante qui nécessite l'emploi, pendant deux heures, de pinces à forcipressure, placées au niveau des orifices de cautérisation ; ces pinces enlevées, on fait un pansement fortement compressif.

Le 1er mai, on fait une nouvelle cautérisation au galvano-cautère ; on pénètre par les orifices anciens et on en fait un cinquième. L'hémorragie est encore abondante, mais cède sous un pansement fortement compressif. Les jours suivants, on ne note aucune amélioration.

Le 6 et le 13 mai, on fait de nouvelles cautérisations profondes par les orifices anciens. Il semble que la tumeur diminue de volume.

Le 16 et le 20 mai, nouvelles cautérisations avec la fine pointe du thermo-cautère, on détruit ainsi toute la tumeur.

Il n'existe qu'une coque de tissus fibreux, qui se rétracte rapidement.

Le 1er juin, le malade, presque complètement guéri, quitte l'hôpital. Il ne reste plus trace de son angiome, qui est remplacé en grande partie par un tissu fibreux résistant.

Notons enfin que dans le cours du traitement on n'a pas noté un seul jour de fièvre. Le malade n'a jamais gardé le lit, il a toujours eu un excellent appétit et n'a cessé de marcher et de se promener, comme s'il n'était pas en traitement.

Observation VIII, par James Israel (Berl. Klin. wôch, 13 février 1888, nº 7).

Extirpation d'un angiome du cou avec résection du sympathique. Un homme, âgé de 57 ans, portait sur la partie latérale droite du cou une tumeur occupant l'espace compris entre la branche du maxillaire inférieur et le sterno-mastoïdien d'une part, entre l'apophyse mastoïde et la grande corne de l'hyoïde d'autre part. Cette tumeur faisait également saillie dans la cavité buccale, refoulant l'amygdale et la paroi latérale du pharynx. Elle était mal limitée et de consistance mollasse. Elle provoquait une céphalalgie intense et des troubles nerveux, qui déterminèrent le malade à en réclamer l'ablation. Celle-ci fut pratiquée le 6 juillet 1887.

Une incision menée de l'apophyse mastoïde à la corne hyoïdienne mit aussitôt à nu, dans l'angle inférieur de la plaie, la carotide interne, la jugulaire et le pneumo-gastrique qui, repoussés en avant de la tumeur érectile, furent réclinés en dehors. L'angiome veineux descendait jusqu'à l'angle de la mâchoire ; son extrémité supérieure remontait vers la base du crâne ; sa face antérieure était longée dans toute son étendue par le cordon du sympathique cervical, qui faisait corps avec la tumeur et ne pouvait en aucune façon en être séparé.

Israel, après avoir sectionné le nerf en bas, se mit en devoir d'isoler le néoplasme. Son énucléation fut facile, sauf à la partie supérieure, où il était largement implanté

au pourtour du trou déchiré postérieur. A ce niveau, il fallut rompre avec le doigt de solides adhérences. La réunion eut lieu par première intention après tamponnement iodoformé pendant 24 heures. La tumeur, du volume d'un œuf d'oie, était sillonnée en avant par les ramifications du grand sympathique cervical. Aucun autre nerf n'avait été intéressé; il se produisuit néammoins dans le territoire du spinal et de l'hypoglosse des accidents imputables à leur tiraillement au niveau du trou déchiré postérieur pendant l'extirpation de l'angiome.

Aussitôt après l'opération, myosis considérable avec rétrécissement de la fente palpébrale. Le lendemain, rougeur, chaleur, picotements sur l'oreille externe. Pas de modifications du pouls ; émission d'une salive très visqueuse d'abord, puis moins consistante. La salivation cessait pendant le sommeil dans le décubitus dorsal ; il existait alors une sécheresse extrême du palais et de la langue. Ces accidents diminuent dans le courant de la quatrième semaine.

L'auteur observa encore, quelques jours après l'opération, d'une part de la parésie du trapèse et du sterno-mastoïdien, d'autre part une tuméfaction de la moitié droite de la langue.

A l'état de repos, celle-ci offrait une courbure à convexité droite et touchait par sa pointe les molaires gauches ; sortie de la bouche, elle décrivait une courbure en sens inverse. A cette hémi-parésie linguale vinrent se joindre de l'enrouement de la voix et une parésie de la moitié droite du voile du palais.

Observation IX. — F. Franke, Blutcyste der Seitlichen halsgegend. (Deutche jeitschrift für chirurgie XXVIII, p. 411, 1888).

Il s'agit d'un enfant de 18 mois, porteur depuis 6 semaines d'une tumeur au cou, du volume d'un œuf de poule.

Cette tumeur, lentement développée, peu mobile, non pulsatile, mais fluctuante, n'est pas modifiée par les efforts de

toux. Elle siège au coté droit du larynx, en avant des vaisseaux carotidiens et en dedans du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ponction exploratrice : On diagnostique un kyste sanguin. Opération par une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; la dissection de la poche, d'épaisseur très irrégulière, est longue et laborieuse et met à nu les vaisseaux carotidiens, cependant intacts. On s'aperçoit alors que la veine faciale commune est remplacée par un rameau anastomotique et que la veine faciale antérieure s'abouche dans la jugulaire antérieure. Le sac lui-même montre, à l'examen histologique, une structure analogue à celle des veines, avec des faisceaux de fibres musculaires lisses qui cloisonnent sa paroi interne à la façon des piliers du cœur.

L'endothélium a disparu ; dans l'épaisseur des piliers et de la paroi même, on trouve, en outre, de nombreux vaisseaux présentant l'aspect de la télangiectasie avec de petits pelotons graisseux. Le sang du kyste est complètement fluide, d'où on peut inférer qu'il communiquait avec la circulation, mais il est impossible de trouver cette communication.

L'auteur est disposé à considérer cette tumeur comme un angiome caverneux profond, peut-être en relation avec la fente branchiale.

Observation X. — *Angiome caverneux de grosseur insolite de la région sous-maxillaire gauche, extirpation par le bistouri, guérison.* Professeur Hofmolk, Wien. méd. presse 1880. In rev. Sc. Méd. 1884, tome 17.

L'auteur a pratiqué l'extirpation d'un angiome caverneux chez un enfant de 5 ans ; cette tumeur, grosse comme une orange, était implantée sous le maxillaire inférieur du côté gauche, saillante et soulevant la peau sans y adhérer. Elle ne variait pas de volume quand on comprimait les vaisseaux du voisinage, n'était pas animée de battements,

présentait une grande mollesse, mais quelques points indurés ; on pouvait donc la considérer comme un cysto-sarcome plutôt que comme une tumeur érectile. Les parents de l'enfant disaient qu'elle existait au moment de la naissance, sans dépasser le volume d'un œuf de pigeon. Après l'incision de la peau et la ligature des vaisseaux superficiels, l'opérateur détache le périoste, auquel elle adhère intimement, et remarque une hémorragie osseuse abondante. Enlevant la portion indépendante du squelette, il extirpe la glande sous-maxillaire, accolée à la tumeur. Il applique le pansement de Lister, après avoir suturé et drainé la plaie. Les ligatures des vaisseaux sont au nombre de 50.

Au bout de peu de jours, la plaie est cicatrisée et la guérison complète.

La tumeur est constituée par des cloisons plus ou moins épaisses, circonscrivant des loges pleines de sang. Les cloisons sont formées par du tissu conjonctif et du tissu élastique et tapissées d'un épithélium pavimenteux analogue à celui des veines, à cellules pourvues de noyaux et de nucléoles. Il s'agit donc d'un angiome caverneux. Les parties dures referment, au milieu du tissu conjonctif, quelques cellules graisseuses, des veinules et des artérioles.

Observation XI. — *Tumeur érectile du cou trouvée par M. Farabeuf sur un cadavre de l'école pratique 1884.*

L'angiome, très volumineux, avait envahi tout le côté gauche du cou et s'étendait de l'oreille et du menton jusqu'à la clavicule. « Il paraît être une annexe de la jugulaire interne qui présente, en un point, cinq orifices irréguliers mesurant en moyenne 3 à 4 millimètres de diamètre. Ces vaisseaux, sans valvules, s'ouvrent directement dans des vacuoles du volume d'un gros pois. Au delà de ces vacuoles, il en existe d'autres qui deviennent de moins en moins grandes vers la périphérie ».

Observations XII. — Cliniques et critiques chirurgicales, Reclus, 1884, p. 299.

Il s'agit d'un jeune garçon de dix-neuf ans, petit, mais solide, et dont les antécédents pathologiques sont nuls. Il a toujours été bien portant, et, s'il entre à l'hôpital, c'est qu'il s'effraye du développement continu que prend une tumeur de la région parotidienne.

« Il avait un ou deux ans, nous dit-il, lorsque ses parents aperçurent une petite grosseur qui pointait au-dessous de son oreille gauche et qui gonflait pendant les cris ; mais comme elle n'était le siège d'aucune douleur, on ne s'en préoccupa que médiocrement.

L'enfance se passa, puis notre garçon vint à Paris, et comme la déformation s'accentuait, il se présenta à l'Hôtel-Dieu où nous l'avons examiné. On constate, au niveau de la région parotidienne gauche, une tuméfaction dont les limites ne sont pas fixes ; lors de la plus grande tension, lorsque le malade se mouche, se baisse, fait un effort, elle bombe et atteint en haut la conque de l'oreille et l'apophyse zygomatique, en avant le bord antérieur du muscle masséter, en arrière le sterno-mastoïdien, et en bas le bord supérieur du cartillage thyroïde.

La peau est normale, légèrement amincie ; cependant, on ne voit pas se dessiner à sa surface de veines apparentes La tumeur, qui donne au toucher, la sensation d'un ballon dégonflé, est absolument réductible ; elle fuit sous le doigt, et pendant les quelques secondes qu'elle met à se vider, le malade perçoit dans l'oreille correspondante un sifflement doux et continu. La percussion révèle une certaine sonorité en arrière, vers la partie la plus déclive. »

Quelle pouvait être la nature de cette tumeur ? On ne songea pas tout d'abord à un angiome ; elle n'en avait aucun des caractères.

Dans le tableau classique qu'il en a tracé, Broca nous cite la coloration bleuâtre des téguments, la dilatation des vaisseaux de la région, un nævus cutané sus-jacent. La matité, la réductibilité absolue et rapide, l'obscure sonorité, le sifflement très net qu'accusait le malade, nous firent

conclure, au premier examen, à une pneumatocèle en communication avec l'oreille moyenne par coalescence incomplète de la première fente branchiale. Rien de plus simple alors que d'expliquer, dans cette hypothèse, la brusque distension de la tumeur quand le malade se mouche ou lorsqu'il respire fortement en se fermant la bouche et le nez.

Ce diagnostic fut généralement accepté. Mais bientôt, nous devons reconnaître que la tumeur se gonfle au moindre effort ; tout acte qui gêne et ralentit la circulation dans les gros troncs veineux du cou, provoque une distension rapide ; ne suffit-il pas d'ailleurs pour l'obtenir de pincer entre deux doigts l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien et les vaisseaux qu'il recouvre ? Il ne peut s'agir ici d'air refoulé par la trompe d'eustache ou le ventricule du larynx dans une poche sous-cutanée et l'on songe à une tumeur vasculaire.

Cette opinion s'affermit par la constatation, sur la moitié gauche du voile du palais et sur le pilier antérieur correspondant, d'une coloration bleuâtre et d'un lacis veineux abondant.

Encore devions-nous expliquer la sonorité de la partie déclive et le sifflement doux, si nettement perçu par le malade lorsqu'on comprime l'angiome. Pour la sonorité, assez obscure d'ailleurs, elle tient évidemment à la présence de la cavité pharyngienne, car elle disparaît en haut et même en bas et en arrière quand la percussion ne réalise pas certaines conditions indispensables.

Quant au sifflement, nous l'attribuerions volontiers aux vibrations produites par la fuite rapide du sang et communiquées des parois de la veine aux os qui enveloppent l'oreille interne.

L'accroissement rapide qu'a pris cet angiome, peut être congénital, en tout cas apparu pendant les premières années de la vie, nous explique l'arrêt de développement des muscles et des os voisins. La moitié correspondante du maxillaire inférieur est nettement plus grêle ; la branche horizontale et la branche montante mesurant l'une et l'autre

2 centimètres de moins ; leur épaisseur est aussi diminuée, le masséter et le sterno-mastoïdien sont manifestement atrophiés.

Observation XIII. — Lannelongue et Achard. Traité des kystes congénitaux, observation 77, 1884.

Angiome profond du cou pris pour un kyste congénital; tentative d'extirpation ; guérison.

Deblan Paul, âgé de 7 ans et demi, salle Denonvillers,

Cet enfant porte sur la partie latérale gauche et postérieure du cou une tumeur profonde, qui fut remarquée par les parents dans le cours du premier mois de la vie. Elle est située sous la partie supérieure du sterno-mastoïdien ; elle est molle, mal limitée.

Elle semble en partie réductible, cependant elle ne l'est qu'incomplètement, car lorsqu'on la comprime en un point, elle reparaît ailleurs.

La fluctuation y est douteuse. Pas de dilatations veineuses périphériques, pas de nævi.

L'enfant ayant été suivi pendant quelque temps et la tumeur ayant augmenté notablement de volume, on décide l'extirpation dans la pensée d'un kyste congénital.

Opération le 2 avril 1884. Une incision en V à sommet inférieur met à nu l'aponévrose et le bord postérieur du sterno-mastoïdien. Ce bord est isolé avec la sonde cannelée, et la partie supérieure de la tumeur est ainsi progressivement décollée.

En haut, on voit une disposition érectile très prononcée.

En arrière, on constate que le bord du muscle est longé dans presque toute sa hauteur, par une tumeur assez uniformément cylindrique, molle, réductible et bleuâtre, se reproduisant dès qu'on cesse la compression ; c'est manifestement une poche veineuse, grosse comme le pouce environ, et qui plonge dans le creux sus-claviculaire. Elle a été isolée du bord antérieur du trapèze. Dans la dissec-

tion, elle a été ouverte par deux ou trois coups de pointe ; l'hémorragie qui en est résultée a dû être arrêtée par des ligatures. L'opération en reste là.

Pansement compressif à l'amadou et à l'alcool.

Quelques heures après, le pansement étant imbibé de sang est renouvelé ; dès qu'il est levé, un jet de sang s'échappe de la plaie. Des écarteurs étant placés, on reconnaît que le sang provient des orifices de la grosse veine et de quelques petites veinules ; des pinces hémostatiques sont appliquées et des ligatures sont faites. Pansement compressif. L'hémorragie est définitivement arrêtée.

A la suite de l'opération survint une réaction assez vive avec suppuration abondante et fièvre pendant une quinzaine de jours.

La plaie resta longtemps blafarde, bien que badigeonnée pendant une semaine au perchlorure de fer. La cicatrisation se fit progressivement et la tumeur diminua graduellement par rétraction cicatricielle.

Plus tard, on ne constatait plus de traces de la tumeur vasculaire.

Observation XIV. — Desprès, Société de chirurgie, 1882.

J'ai observé un angiome sous-cutané de la partie latérale du cou chez un garçon de quinze ans et demi, à l'hôpital Cochin, le 19 mai 1879.

La tumeur existait depuis plusieurs années sans qu'on pût en préciser le début. Elle était molle, fluctuante, non réductible et sans la moindre augmentation de volume pendant les efforts. Tous les diagnostics avaient été posés : lipome, tumeur emphysémateuse, pneumatocèle, etc...

Je diagnostiquai un kyste ganglionnaire, j'avais rejeté le diagnostic de tumeur érectile veineuse, parce qu'il n'y avait aucune espèce de réductibilité.

Je pratiquai une petite incision sur cette tumeur comme premier temps de l'ablation. Je trouvai sous la peau une

tumeur bleuâtre ; je fis alors une piquûre et il en sortit du sang noir. Renonçant alors à une ablation, je fis deux points de suture à la peau.

Tout alla bien d'abord, l'enfant, qui se levait, pris froid dans le jardin et succomba à une phlébite de la jugulaire.

La tumeur était un ganglion transformé en angiome et ne tenait à la jugulaire interne que par une veinule de petit calibre et longue de un centimètre.

M. Farabeuf. Ces tumeurs sont assez rares ; dans celle que j'ai rencontrée, la tumeur était remplie par le sang veineux. Le sang artériel ne pénétrait pas dans son intérieur, ainsi que l'a démontré l'injection au suif faite dans les artères et qui n'a pas pénétré dans la tumeur ; on trouvait encore sur le cou quelques petites tumeurs molles d'apparence kystique.

Observation XV. — Volkmann, Arch. Für Klin. chirurg., 1873, vol. XV, 3e fascicule, p. 358.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de kyste sanguin du cou, gros comme un œuf d'oie, communiquant librement avec la veine jugulaire.

Cette tumeur faisait saillie à la fois au cou et dans la bouche ; elle était réductible et se gonflait dans les efforts.

L'autopsie permit de constater, indépendamment d'un orifice de communication avec la veine jugulaire, la constitution particulière de ses parois. Celles-ci étaient formées en plusieurs points de tissus caverneux réduit en une couche mince.

Le kyste s'était développé aux dépens des mailles les plus centrales de ce tissu et en avait refoulé le reste ; c'était donc un angiome phlébogène-hématocystique.

Observation XVI. — *Tumeurs sanguines de la tête et du cou, tumeur du plancher de la bouche prise par une grenouillette ; ponction-phlébite ; mort.* (Dobleau, mémoire sur la « Grenouillete sanguine », 1857.

Le 20 novembre 1853, M. Nélaton reçoit dans son service une femme âgée de 34 ans, qui lui est adressée pour un anévrisme du cou. Voici les résultats fournis par l'examen de la malade. Les symptômes se rapportent à plusieurs maladies distinctes. La langue est déformée, plus grosse ; elle présente des bosselures violet foncé. L'organe a sa consistance normale dans certains points ; dans d'autres, il y a augmentation de fermeté. Vers la base, là où se trouvent les papilles, on rencontre des mamelons en forme de champignons violacés, séparés par des sillons très profonds.

Les parties adjacentes, lèvre inférieure, face interne de la joue gauche, présentent des lésions analogues. Ce sont là divers états d'une altération variqueuse très étendue ; dans les joues, on trouve des noyaux durs assez douloureux, quelques-uns de ces noyaux sont réductibles par la pression.

De plus, et du côté gauche, entre le frein de la langue et la mâchoire, il y a sur le plancher de la bouche un relief transversal, mou, fluctuant, bleuâtre, mais moins que les autres bosselures. Cette bosselure, dit M. Nélaton est transparente ; elle pourrait tromper ; il y a là une grenouillette coexistant avec d'autres lésions. Sous le menton, on trouve un relief en relation avec la tumeur de la bouche.

Il est bon de noter que l'orifice des deux conduits de Wharton est parfaitement libre.

Vient ensuite un autre ordre de symptômes. Dans la région carotidienne, près de la bifurcation de l'artère, il y a une tumeur bien circonscrite. Elle répond en haut à la partie inférieure de la grenouillette ; en avant, au cartilage thyroïde ; en arrière, au bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette tumeur est souple, réductible ; elle est le siège de battements en rapport avec le pouls, on y perçoit un frémissement très évident quand on comprime faiblement.

L'auscultation fournit un signe précieux : souffle continu avec renforcement. Troubles fonctionnels : gêne de la parole, de la déglutition ; respiration assez facile ; rien au cœur, ni dans la sous-clavière, ni du côté des fonctions cérébrales, ni des organes des sens. La malade entend continuellement le bruit de frémissement. Ces symptômes établis, quelles en sont les conséquences ? A quelles maladies avons-nous affaire ? Il y a, dit M. Nélaton :

1) Une grenouillette avec tous ses signes ; mais c'est une simple coïncidence.

2) Tumeurs érectiles veineuses sous-muqueuses de la langue, dans les papilles, les, lèvres, les joues ; toutes sont congénitales.

3) Une affection du cou difficile à préciser, mais dans laquelle le sang artériel communique avec le sang veineux. ponction de la grenouillette avec un trocart à hydrocèle, issue de sang très rouge, accidents cholériformes, morts au huitième jour.

Autopsie :

L'autopsie a démontré les particularités suivantes : Disons tout d'abord, qu'une injection poussée par l'artère carotide est de suite revenue par la jugulaire. Nous dirons plus loin par où elle avait pénétré.

Les parties superficielles enlevées, j'allais de suite à la recherche des branches de la carotide ; la dissection me fit de suite rencontrer une tumeur, qui correspondait à la masse, considérée comme un anévrysme. Cette tumeur envoyait un prolongement au-devant du masséter. Elle était remplie par l'injection ; sa forme était irrégulière, bosselée, et par en bas, elle se joignait à la veine jugulaire externe au moyen d'une grosse veine oblique. En écartant les lobes de cette tumeur, on voyait l'artère faciale s'y ramifier, devenir de plus en plus fine, puis se terminer ; mais impossible de voir le lieu de communication entre l'artère et les pelotons veineux. Cependant, le souffle continu observé pendant la vie, le passage facile et sans pression de l'injection, montre que la communication existait réelle-

ment. Je dois ajouter que l'injection des artères de la tête était à peu près nulle ; tout était bien dans les veines jugulaires.

Passant de là à la tumeur sous-maxillaire, je constatai d'abord, que la glande sous-maxillaire était intacte, et que la tumeur était formée aux dépens du ventre antérieur du digastrique, toujours du côté gauche. Ce muscle, très développé, semblait n'être plus qu'un amas de veines et de fibres musculaires. Quelques parcelles de l'injection pouvaient être senties par le toucher. Quant à la prétendue grenouillette, elle existait encore ; l'orifice de la ponction était largement ouvert ; la tumeur était affaissée et ne renfermait pas d'injection. J'introduisis un tube à insufflation et je soufflais doucement. Immédiatement, je vis la tumeur se tendre, puis la base de la langue augmenter de volume ; enfin, je vis l'air remplir la tumeur du digastrique, puis la tumeur latérale, et enfin, sortir par la jugulaire externe, en se frayant un passage entre la paroi veineuse et la matière d'injection. Ceci nous parut singulier ; mais il faut bien admettre un rapport évident entre les tumeurs et le système veineux. La grosse tumeur, celle du digastrique, fut examinée ; elle était formée d'innombrables vacuoles, séparées par des cloisons plus ou moins complètes. Quant à la tumeur du plancher de la bouche, elle se composait d'une grande cavité bien distincte et occupant le plancher de la bouche, l'épaisseur de la base de la langue. Vers le fond de cette cavité, on observait plusieurs orifices communiquant avec de très petites cavités. Toutes ces cavités à parois minces renfermaient encore du sang dans différents états. Dans certains points, il y avait autour des paquets variqueux des indurations qui doivent être rapportées à une ancienne phlegmasie, qui s'était anciennement emparée de la tumeur. La malade avait du reste indiqué ces accidents.

2me Groupe

Observation XXVII. — Tuffier, *Société de chirurgie*. séance du 29 Mars 1905.

Jeune fille de 18 ans, qui portait un nævus rosé occupant toutes les régions irriguées par la carotide externe droite, c'est-à-dire que tout le côté droit de la face, l'oreille, la région pharyngienne, maxillaire, palatine et linguale de ce côté étaient uniformément intéressées. Bien entendu, lésions congénitales.

En dehors de ces nævus existait dans la région parotidienne, profondément située, une tumeur du volume d'une grosse noix, violemment pulsatile, et présentant un souffle continu, peu intense, à renforcement systolique.

Les pulsations étaient perceptibles par la face cutanée et pharyngienne de la région. Pas de dilatations anévrysmatiques au-dessus ou au-dessous de la tumeur, mais battements violents des carotides droites, qui paraissaient peut-être un peu plus volumineuses que celle du côté gauche.

Après une séance infructueuse d'électrolyse, qui avait déterminé une légère parésie faciale, le chirurgien s'étant préalablement assuré que la compression de la carotide faisait disparaître les battements de la tumeur parotidienne, proposa alors « de combiner la ligature de la carotide externe avec l'injection d'un liquide coagulant dans la tumeur ».

« Mon intention était d'interrompre la circulation par la ligature et d'empêcher la récidive en aveuglant de façon définitive toute l'éponge vasculaire au moyen du liquide coagulant ».

Ligature de la carotide externe sans grosse hémorragie, malgré la présence du nævus. « Je passai un fil sous la carotide et je m'assurai, par la traction de ce fil, qu'en coudant l'artère, les battements de la tumeur disparaissaient. Alors, et avant de lier l'artère, je piquai avec une aiguille de Pravaz le centre de la tumeur parotidienne ; je m'assurai que j'étais bien dans un vaisseau en voyant sortir du sang par l'orifice de la canule, je liai alors la carotide et j'interrompis toute circulation dans la tumeur au moyen d'un anneau de clef qui la circonscrivait. J'injectai alors par l'aiguille, en l'enfonçant de la superficie vers la profondeur de la tumeur, 6 gouttes de la liqueur de Piazza.

Cette jeune fille guérit sans le moindre incident, et depuis une année, la guérison de la tumeur parotidienne est restée complète.

Observation XVIII. — *Annals of Surgery 1897*, t. 25, p. 649.

Angiome caverneux du cou, par le Docteur Kraczanowsky.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui, à l'âge de quatre mois, fut examiné pour la première fois par un médecin, à cause d'une tumeur située sur le côté gauche du cou. Celle-ci existait au moment de la naissance, mais avait beaucoup progressé durant les deux dernières semaines. L'examen permettait de se rendre compte que la tumeur était formée de deux masses distinctes : La supérieure, arrondie et du volume du poing, siégeant sur le côté gauche du cou, par dessus la clavicule et le scapulum ; l'autre, de forme presque angulaire, de dimensions un peu plus petites, s'étendait de l'aisselle au bord inférieur du grand pectoral et par-dessus les muscles pectoraux jusqu'à la clavicule. En ce point, une étroite mais profonde dépression la séparait de la tumeur précédente.

La palpation permettait de se rendre compte que cette tumeur inférieure suivait exactement le trajet des vaisseaux sous-claviculaire.

La consistance de ces deux tumeurs était tellement ferme que la fluctuation y pouvait à peine être perçue. La peau qui recouvrait la tumeur était dans un état de tension extrême et les veines sous-cutanées étaient particulièrement distendues.

Pendant l'expiration et particulièrement pendant les cris, les deux tumeurs augmentaient manifestement de volume. Mais la compression manuelle ne pouvait en rien diminuer l'une ni l'autre. Une ponction explorative faite avec une seringue à injections hypodermiques montra que la tumeur était remplie de sang veineux pur et l'hémorragie provoquée par cette petite blessure fut arrêtée avec une difficulté considérable.

Après deux semaines d'observation, il fut évident que la tumeur avait encore augmenté de volume. Le danger d'une rupture spontanée du sac était grand, mais d'autre part, les dangers d'une ablation opératoire étaient tels que semblable intervention ne paraissait nullement justifiée.

C'est pourquoi on résolut d'adopter le plan d'une compression méthodique de la tumeur, plan qui fut réalisé par le moyen d'un bandage de flanelle et de ouate de coton.

Le résultat fut surprenant ; au bout de deux semaines, le volume était notablement diminué ; après six semaines, il était réduit de moitié, et après quatre mois, il ne restait plus rien de la tumeur.

Quand l'enfant eût atteint l'âge d'un an et demi il ne restait aucune trace de la tumeur inférieure, et de la supérieure, seulement une série de plis lâches de la peau montrait son siège primitif. L'enfant a maintenant six ans et même les plis sont totalement disparus.

La tumeur s'est-elle primitivement développée dans le tissu cellulaire de la région axillaire pour de là s'étendre progressivement jusque sous la clavicule ? Ou bien, y eut-il dès l'origine plusieurs kystes, simultanément développés sur le trajet de la veine sous-clavière ? On n'en sait rien.

Dans un cas semblable, rapporté par M. C. Beyer, le néoplasme était d'origine lymphatique ; mais il semble bien que dans la présente observation, la tumeur se soit développée aux dépens de la veine sous-clavière.

Observation XIX. — Kirmisson, Société de chirurgie 1890.

Enfant de 11 ans, angiome congénital de la partie latérale droite du cou, tumeur étendue depuis la fourchette sternale jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur sur lequel elle empiète légèrement à droite.

Les glandes parotide et sous-maxillaire sont complétement envahies par la dégénérescence angiomateuse. La peau au niveau de la tumeur présente une série de lignes violacées et noirâtres qui lui donnent une coloration foncée. La palpation décèle l'existence, vers la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien, d'une petite masse du volume d'une noix. Cette tumeur mobile simule un ganglion, mais une pression continue à son niveau en permet la réduction. Il existe une seconde petite tumeur au-dessous du bord inférieur du maxillaire. Il n'y a pas dans la tumeur de battement expansif, pas non plus de souffle. L'auscultation à ce niveau permet seulement de percevoir les bruits artériels de la région.

Troubles fonctionnels : Gêne passagère dans la phonation, par moment un peu de gêne respiratoire et toux sèche. Le gonflement augmente pendant l'effort et pendant les cris.

Sur la langue, dans les deux tiers antérieurs, petites élevures de la grosseur d'une noisette et d'aspect violacé. Ces tumeurs sont réductibles. L'enfant déclare que sa langue se gonfle au moment des cris.

Observation XX. — Wolf, Berlin, Klin. Woch., n° 4, p. 60, 1884.

Il s'agit d'une femme de 23 ans. Il y a 8 ans ,elle a remarqué au niveau de la jugulaire gauche une tumeur qui a beaucoup augmenté de volume depuis sa dernière grossesse.

Une ponction exploratrice a montré que la tumeur ne contenait que du sang veineux. Il suffit de la comprimer fortement avec le doigt pendant deux minutes pour la

réduire complètement, mais momentanément. Quand la malade est émue, la tumeur atteint le volume du poing d'un homme robuste.

Wolf se propose de faire l'opération que Huëter a exécuté avant lui. Après avoir découvert complètement le kyste et l'avoir vidé de son contenu, un aide le saisit avec les 5 doigts, et Wolf passera des fils de catgut superposés, de façon à étreindre la tumeur par segments successifs.

Observation XXI. — Kœnig. Patholog. Chirurgic. Traduction J. R. Comte (de Genève), 1888.

On a observé au cou un certain nombre d'angiomes caverneux. Tout dernièrement encore j'ai observé une semblable tumeur, qui s'étendait depuis la parotide jusqu'à la fosse sus-claviculaire ; en outre, le pharynx et le palais mou présentaient des foyers isolés de ce même néoplasme. Lorsque le malade contractait énergiquement ses muscles expirateurs, la tumeur augmentait beaucoup de volume et il survenait du vertige et une perte de connaissance passagère.

Observation XXII, par Gluck, Berlin Klin. Woch., 28 décembre 1885, nº 52., p. 683.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, qui remarqua vers l'âge de 6 ans, une tumeur érectile qui présentait des variations de volume suivant qu'elle tenait la tête droite ou inclinée.

Gluck en fit l'extirpation après ligature de la veine jugulaire interne et de ses branches. Le sang était absolument fluide et s'échappa en jet. Les particularités remarquables de ce cas sont : 1º Les difficultés énormes de l'opération, qui a duré plus de 3 heures, et a été pratiquée selon la

méthode de Wolf ; 2° La tumeur était un kyste du conduit branchial, à la surface interne duquel se trouvaient des villosités verruqueuses revêtues d'un épithélium cylindrique et qui communiquait par un large canal avec la jugulaire interne.

Observation XXIII. — Résumée. Luigi Monti. (*Bulletino delle scienze mediche 1873*), in « The Lancet » 1873, p. 633, vol. 2.

Il s'agit d'un enfant de six ans, qui présentait dans la région latérale droite du cou, une tumeur presque aussi volumineuse que sa propre tête. Elle s'étendait depuis la clavicule jusqu'à l'apophyse mastoïde, sa coloration était violacée et sa consistance molle et dépressible au toucher. On sentait au niveau de sa moitié inférieure un noyau dur et mobile, gros comme une petite noix. Elle se gonflait et durcissait pendant les cris.

Une ponction, pratiquée au milieu du kyste, donna issue è environ trois onces de sang veineux ; la tumeur s'enflamma et il fut nécessaire de l'inciser largement. L'enfant était parfaitement guéri au bout de deux mois.

Observation XXIV. — M. Litten, Société méd. berlinoise, 10 Novembre 1897.

M. Litten présente à la société un malade atteint d'angiome caverneux de la gorge ; il existe, en outre, chez ce sujet, une asymétrie du crâne et de la face. On peut, au moyen de la compression de la tumeur, faire refluer son contenu dans les vaisseaux des parties voisines : il n'y a donc aucun doute sur le diagnostic.

Observation XXV, par Maertens (de Berlin), in Rev. chirur. 1899, p. 474.

Mærtens présente au Congrès un homme qui offre à la base du cou un tumeur réductible, située entre les 2 chefs du sterno-mastoïdien. On pouvait hésiter entre un angiome caverneux et une hernie du poumon. C'est le premier diagnostic qui s'est vérifié à l'opération ; l'angiome semblait communiquer avec la veine sous-clavière.

CONCLUSIONS

1° Les angiomes profonds du cou sont des tumeurs rares, si l'on en juge par le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour ;

2° On peut rencontrer la tumeur sous plusieurs états différents : *Tumeur érectile diffuse*, *Tumeur circonscrite*, *Angiome phlébogène ;*

3° Les transformations que ces productions peuvent subir au cours de leur évolution sont de plusieurs ordres : *Complications artérielles* (anévrysme cirsoïde), *Complications veineuses* (anévrysmes angioveineux, varices veineuses à distance), dégénérescences kystiques (kystes sanguins ou séreux) ;

4° Cette affection est congénitale, on peut trouver chez les malades d'autres angiomes superficiels ou profonds.

L'accroissement de la tumeur se fait quelquefois pendant l'enfance, le plus souvent pendant l'adolescence, après la puberté. Le sexe masculin semble prédisposé.

5° La région antéro-latérale du cou, à sa partie supérieure est la plus souvent atteinte, et ce n'est pas là un fait de pur hasard.

Mais le siège précis de la tumeur n'est pas souvent reconnu ; il peut, d'ailleurs, être variable (ganglions, glande sous-maxillaire, paroi de la jugulaire, tissu cellulaire, sous-cutané).

La Symptomatologie est touffue, deux symptômes surtout sont à retenir : La *Réductibilité* et l'*Augmentation de volume sous l'influence de l'effort ou mieux de la déclivité*, peu de symptômes fonctionnels.

6° Le Diagnostic est le plus souvent possible ;

7° Le traitement de choix est l'extirpation. En cas d'insuccès l'Igniponcture ou l'Electrolyse pourraient être essayés.

Indications Bibliographiques

ANDRAL. — Précis d'anat. pathol., 1829. Tome II.

ANNEQUIN. — Tumeur veineuse de la région parotidienne. *Dauphiné médical 1895*, p. 37 et 97.

ARRAGON. — Etude sur les Angiomes des muqueuses. Thèse de Paris 1883, N° 243.

BŒCKEL. — Kyste sanguin du cou. *Gazette méd. de Strasbourg 1876*.

— Extirpation des Tumeurs profondes du cou. Bullet. gén. de THÉRAPEUT, 1879, p. 289 et 301.

CHASSAIGNAC. — Tumeur érectile de la rég. parotidienne. Bullet. Sociét. chirurg., 1894, p. 405.

CHIARUGI. — Tum. congénit. du cou. Arch. ital. de Biologie, 1885. Tome VI.

DELORME. — Sur un cas de dilatation de la veine jugulaire interne droite, Société de chirurg, 1894, p. 405.

DIDIER. — Contribut. à l'ét. des traitem. des Angiomes. Thèse de Paris 1887, N° 154.

DOLBEAU. — Union médic., 1857. N° 117, p. 478.

EISENREITER. — Th. de Munich, 1894.

FOLLIN et DUPLAY. — Trait. de pathol. ext. p. 208.

GÜNTHER. — Deutche zeitsch. f. chirurg. Tome VIII.

HARTMAN. — Rev. de chirurg., 1889 .Angiomes de la parotide.

HÜELER. — Berlin. klin. woch., 1877, p. 466.

KŒNIG. — Traité de pathol. ext. Tome I, p. 653.

LAGRANGE. — Traité des Tumeurs. (Tumeurs sanguines du cou). Tome III, p. 257.

LAMY. — Angiomes fissuraux des bourgeons maxillaires. Thèse de Paris 1900, N° 515.

LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des kystes congénitaux, p. 390.

MAUCLAIRE et DE BOVIS. — Des *Angiomes*, Paris 1896.

NOVÉ-JOSSÉRAND. — Kyste sanguin du cou adhérant à la veine jugulaire, résection de la veine, guérison. Bullet. Sociét. chirurg. de Lyon, 1904

MEYER. — Les Kistes sanguin du cou. Thèse de Wurtzbourg, 1889.

QUÉNU. — Traité de chirurgie, I. p. 470.

REGLUS. — Bullet. et mém. de la Société de chirurg. et critiq. chirurgic. p. 299.

SANTA-MARIA. — Grenouillette sanguine. Thèse de Paris 1898 N° 290.

SCHIMECKING. — Dystocie occasionnée par un vaste angiome du cou. Centralblatt. für, Gynécologie, 1882.

VEAU. — Epithélioma branchial du cou. Thèse de Paris 1901, N° 204.

VIGNAL. — Journal de méd. de Bordeaux, 1900.

VIRCHOW. — Pathologie des Tumeurs. Trad. Arronsshon. Paris 1876. Thèse IV.

VIVENT. — Thèse de Paris 1894. N° 408.

WEISS. — Kyste sanguin du cou. Revue médic. de l'Est 1901, p. 545.

BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse,

L. DUBAR.

VU :

Pour le Doyen,
L'Assesseur,
Dr FOLET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

A Lille, le 8 Janvier 1907,

Le Recteur de l'Académie,

G. LYON.

Lille, E. DUFRÉNOY, éditeur, 145, rue des Stations.